目　　录*

* 按姓名笔划排列

于致顺教授头穴治疗中风的经验



于致顺，1931年生，辽宁大连人。1949年毕业于大连医学院，1956～1959年在天津中医研究班西医离职学习中医，之后在黑龙江中医学院从事针灸的医教研工作。长期进行头穴防治中风的研究，曾获黑龙江省科技进步二、三等奖，黑龙江省中医药管理局科技进步奖。曾任黑龙江中医学院针灸教研室主任和针灸系主任，黑龙江中医学院附属医院副院长和针灸科主任，主任医师，教授，中国针灸学会理事，中国针法灸法研究会理事，东北针灸经络研究会理事，东北针灸经络研究会头穴组长，黑龙江省针灸学会副会长，国务院学位委员会中医学科组成员，针灸博士研究生导师。曾编写出版了《头穴基础与临床》、《针灸配方概论》，参加编写《中国医学百科全书·针灸学》、高校教材《针灸学》，内部出版了《腧穴学讲义》、《简明时间针法》等11部专著，还是《针灸大辞典》、《新编针灸大辞典》的顾问。

于老从1972年开始，应用焦氏《头针疗法》中的相应治疗区，治疗中风偏瘫收到了满意的效果。在治疗中发现，用健肢侧的“运动区”、“感觉区”等对瘫痪及感觉症状均有良好的治疗效果，用患肢侧的这些部位也收到了良好效果；用运动区能治疗运动障碍，在远离运动区的其他部位，对运动障碍的改善也很显著。从而，于老对这些刺激区的划分、主治及命名开始进行探索。

头部腧穴与头针的关系

《普济方》记载“忽中风言语蹇涩，半身不遂……风在左灸右，右灸左，穴百会、耳前发际……神效”，《针灸大成》引《乾坤生意·中风瘫痪针灸秘诀》曰：“中风风邪入腑，以致手足不遂，百会、耳前发际、肩髃、曲池、风市、足三里、绝骨”等。耳前发际相当于曲鬓，于老开始观察了百会透曲鬓治疗中风偏瘫 100 例，有效率达 96%。之后又系统地观察了 500 例，其结果提示对头痛有效率为 94%；对眩晕的有效率为 89%；对肌力疗效，17%恢复了工作，30%达到生活自理，有效率为 96%，其中针刺 1 次肌力改善的有 39%；对感觉障碍的有效率为 53%；语言障碍为 71%。为了弄清“头针”的运动区、感觉区与部分头部腧穴的关系，对头针的这些治疗区与头部腧穴进行了对比，经过临床测量的结果，百会穴在感觉区上点后 1.78 cm 处，前顶在运动区上点后 1.50 cm 处，曲鬓在感觉区下点后 1.75 cm 处，悬颅在运动区下点前 0.58 cm 处，百会透曲鬓在感觉区的后部，前顶透悬颅与运动区交叉。3 例尸体解剖检查，结果提示感觉区在中央后回的部位；百会透曲鬓在中央后回的后部；前顶透悬颅与运动区皆在中央前回部位。

头部腧穴的机理探讨

为了观察“头针”刺激区的特异性与头部腧穴治疗作用的关系，于老进行了系统的对比观察。

1. 百会透健肢侧曲鬓，百会透患肢侧曲鬓和运动区（前顶透健肢侧悬颅）对比观察，其结果提示，在肌力方面，观察了针前和针后 35 分钟（即刻效应）及 3 个疗程（1.5 个月）以后（远期效应）各主要

肌群的变化，无论是即刻效应还是远期效应，每组针前与针后均有明显差异，但组间差异不明显。在关节功能方面，以骨科量角器观察了各主要关节的近期效应与远期效应，其结果与肌力基本相同。在痛阈方面，用钾离子痛阈测定仪，在外关、绝骨处，观察了针刺前后5分钟、20分钟、40分钟和3个疗程以后的痛阈变化，结果不但瘫痪肢体的痛阈明显减低，对健肢也有影响，但组间差异不明显。在血液流变学方面，针前与3个疗程后，各组均有明显改善，组间差异不明显。

2. 在以上工作的基础上，又观察了健肢侧通天透承光，患肢侧通天透承光和运动区，其结果各穴都对运动及感觉障碍有治疗作用，同时还对甲皱微循环有明显的影响。在近期效应中，有效应的是血流速度、血流形态和血流颜色；在远期效应中，除对以上3项有明显改善外，对异形管袢、袢顶瘀血及清晰度也有作用，但组间比较差异不显著。在对双侧正营透目窗与前神聪透悬厘的观察中，其结果与前者基本一致。

3. 以上观察都是侧头部腧穴，其他部位腧穴对中风的治疗作用又如何？观察了侧头部与后头部的双侧玉枕透天柱与前神聪透健肢侧悬厘。实验的结果是，对肌力的影响，除空白对照组外，其他3组，针前与针后15分钟，上、下肢各主要肌群的肌力均有明显提高。组间比较显示，前神聪透健肢侧悬厘的作用好于双侧玉枕透天柱，双侧玉枕透天柱之间差异不明显；对全血胆碱酯酶活性的影响，针前胆碱酯酶活性普遍高于正常（与20例正常人比较），针刺后除对照组外，其他3组均有明显下降。组间比较，虽经统计学处理差异不明显（$P<0.2$），从针前针后的均值来看，前神聪透健肢侧悬厘明显高于双侧玉枕透天柱；对甲皱微循环血流速度的影响，与对胆碱酯酶活性的影响基本一致。在前头部穴与后头部穴对比中，观察了神庭透百会，后顶透脑户与运动区对比，其结果对痛阈的影响，各组针刺后除空白对照组外，其他3组均明显下降，组

间比较则神庭透百会与运动区优于后顶透脑户，运动区与神庭透百会的对比，从均值上来看前者优于后者，经统计学处理则差异不显著。对肌力的影响，与痛阈的结果大致相同，从实践中还可以看出，头穴对肌力的影响，近端优于远端。

根据以上研究结果，提出了治疗中风引起的偏瘫及感觉障碍等变化的针刺部位，以后从百会，前至神庭，两侧至曲鬓的菱形区内效果较好。此后有人用"菱形区"内腧穴(神庭透百会，前神聪透健肢侧悬厘)与"菱形区"外腧穴对比(后顶透脑户，双侧玉枕透天柱)，结果提示对甲皱微循环的影响及对肌力的影响，区内穴明显优于区外穴。

头穴的配方原则

因为大脑皮层的功能是复杂的，它不但有各自的功能定位，而且大脑内部、皮层之间有着复杂的联系及影响，和全身的各处功能有着密切的关系，因此，头穴的作用，不只作用于皮层，它具有对包括皮层在内的神经——体液及全身各种功能，也包括经络功能，有选择的良性调整作用，因此，只用一种功能的名称命名腧穴或刺激区不够全面，与事实也不相符，所以主张用传统穴名，或某穴透某穴比较合适。因此，于老提出了头穴的配方原则：

1. 按传统的经络学说及头穴的传统主治作用配穴；

2. 按皮层功能及其相互联系的体表配穴；

3. 根据临床经验配穴。

(王　巍)

点滴心得洒杏林



马瑞寅，1939年生，江苏宜兴人。上海中医学院医疗系首届毕业，上海第二医科大学附属仁济医院神经内科进修班毕业。历任上海中医学院附属曙光医院针灸科主任，针灸教研组主任，中医神经专科主任，主任医师，教授。上海针灸学会副主任委员，上海市医疗事故鉴定委员会委员，中华医学会上海市康复学会(筹)委员，中国针灸临床研究会理事，中国脑病-中风科研协作组副组长，中国上海市赴日本针灸讲学团首任团长，《中国当代高级科技人才词典》特约编委。美洲上海中医院院长，玻利维亚共和国参议院荣誉顾问，玻利维亚圣克鲁斯市政府中医顾问，传统医学会名誉会长。

注意手法，手脑合一

针灸治病，和内科、妇科、儿科等有很大不同，正确灵活的手法是取得高效的可靠保证。

1.针灸治病，首重得气　针治病人，要非常重视得气与否及得气的快慢。一般青壮年患者，使用传统的手法都能较快得气；但对于某些老年体弱、长病久治的患者，有时会很难令其产生酸麻重胀的得气感。此时有一法可令患者迅速得气，既将针向一个方向捻转，至绷紧感时，患者即感重胀得气。但运用此法要注意，其一是

将针向一个方向捻转，速度要快，但角度不宜太大；其二是用此法施于青壮年患者，大多产生痛的感觉，而不是重胀感，故不宜用于青壮年患者。

2. 针刺太阳穴、耳部穴、关元穴、环跳穴的体会

（1）针刺太阳穴　如果是目疾珠痛，针向前下方刺入0.8～1寸；高血压则直针轻刺8分；偏头剧痛太阳透率谷2～3寸；蝶腭神经痛向下呈70°，透过颧弓刺1～1.5寸，刺入5分后推进宜慢，不可提插。

（2）耳部穴位刺法　1983年我在日本带教医师学习针灸时，遇到好几次他们提到这样的问题，每当针刺耳门、听宫、听会等穴时，只进到8分左右，再要深入即感困难。此时病人叫痛退缩，医者则感针尖犹似刺入软骨。怎样才能顺利刺入1～2寸，以获得治疗效果呢？耳门、听宫、听会等穴位于耳屏前，下颌骨髁状突后，少肉多骨，空隙较小。下颌骨髁状突因人不同常多差异，有的人高耸，有的人扁平。针刺前先按摸髁突，如高耸者，针刺方向要较垂直，并偏向下方；如扁平者，进针点尽量前移贴近髁突后缘，向后下方斜刺，自耳门至听会逐穴减少向下倾斜度。一旦掌握这种刺入法，均可顺利刺入1～2寸，不必张口，不必咬书（古时候，针刺耳部穴前，常先令病人张口咬书）。翳风穴向前上方轻刺慢入1～1.5寸，绝对避免提插捻转、重刺激，亦不宜在翳风穴通强烈电刺激。

（3）针刺关元穴　针刺关元穴普遍认为针感能放射到至阴部者疗效较好，笔者曾治阳痿数千例，关元穴作为常用穴之一，使用率甚高，针进到一定深度，一做手法，迅速得气并向下放射者，疗效确笃，反之则差。针刺关元宜70°向下斜进，当针进入预定深度1/2后，快速向前冲刺，如病人有感应放射到至阴部即止，如无，将针退至皮下，重复行之。使用此种手法可以明显增加针感向下放射率。

（4）针刺环跳穴　针刺环跳穴若要迅速使感应传至腿部，必须掌握三点。其一是侧卧患者，伸下腿，屈上腿；其二是针向对着前阴

部之后方；其三是根据患者胖瘦选用 2～4 寸针，针进入预定深度 1/2 后，不再缓缓插入或捻入，而用快速向前冲刺，一般均能向下放射，有的到腘窝部，有的到足底。

3. 齐刺、扬刺、排刺、围刺、冲刺的临床应用

(1)齐刺、扬刺　均是《内经》刺法。齐刺者“直入一，傍入二”。先正中刺入 1 针，然后在其近旁各刺入 1 针，针尖指向正中 1 针的针尖。扬刺者“直入一，傍入四”，针尖同样指向正中 1 针的针尖。有加大刺激面，增加刺激量的作用，其疗效远远大于单独 1 针的普通方法。如廉泉穴齐刺治疗各种失语及吞咽困难(中风后失语、癔病性失语、小脑病变引起的呐吃、假性延髓麻痹引起的声音嘶哑及吞咽困难)。治疗癫痫大发作，取经外奇穴腰奇穴，用齐刺。治疗颈椎病用大椎穴齐刺。震颤麻痹及腓肠肌痉挛者用承山穴齐刺。痛经、遗精、阳痿取关元穴齐刺，也可选用曲骨穴齐刺。如治痛经，关元穴齐刺后并须温针 3 壮，立可痛止。肩周炎用肩髃穴齐刺加温针。腱鞘囊肿用扬刺法刺其正中；股外侧皮神经炎，取局部天应穴扬刺。

(2)排刺　是在病变部位，以某一穴为中心，并排刺入数针，用于面瘫后遗症长期额纹不起及动眼神经麻痹，上睑不能提起，针妥后并接通 G6805 电针仪，用断续波刺激。

(3)围刺　治疗带状疱疹，在疱疹周围作环围卧刺数针，然后接通脉冲电刺激。带状疱疹有枕神经带状疱疹、三叉神经带状疱疹、肋间神经带状疱疹、骶脊神经带状疱疹等，以肋间神经带状疱疹为多见，疱疹发于背部、胸胁部，不能直针深刺，故宜卧刺。

(4)冲刺　如刺关元穴、环跳穴等，主要应用于快速取得向下放射之感应。操作法见上述环跳穴针刺法。

某些疑难病症的治疗

1. 治疗中风后顽固兼杂症

(1)中风后痉挛性偏瘫　中风后随着病程的延长，软瘫逐步转为硬瘫，如果偏瘫已成痉挛性而活动恢复不全者，治疗很困难，这是中风后遗症中医家最感棘手的一个难题。此由气血瘀阻，经脉闭塞或风痰挟湿，阻塞脉络所致。一法用曲池透少海、曲泽透少海、手三里透臂中、间使透外关、大陵透劳宫、合谷透后溪、三阴交透绝骨、丘墟透照海、太溪透昆仑，然后接通脉冲电刺激；二法拘挛部用皮肤针叩至出血加拔火罐，后用艾条薰灸，每天 2 次，每次 30 分钟；三法取八邪、八风，针刺后连续温针，或用三棱针轻轻点刺出血，后用艾条温灸出血处。血压高者忌用。

(2)偏瘫肢体剧烈疼痛　中风偏瘫 1 月后，部分病人出现偏瘫侧剧烈疼痛，入夜尤甚，痛苦不堪。痛以上肢肩部为多。此由经脉局部气滞血阻或兼寒邪外袭所致。常提示病情较重，影响到丘脑下部疼痛中枢。一法肩髃齐刺，然后加用温针 3 次；二法用中药徐长卿注射液，穴位注射于肩髃、肩髎、肩贞、天应等穴，交替使用，每天 1 次，每次注射 4 ml；三法 0.5％普鲁卡因，皮试阴性后穴位注射肩髃、肩髎、天应等，每穴 2 ml。穴位注射后痛势即缓，但逾时又复，可以每天穴位注射 1 次，反复进行，疼痛则逐步减轻。

(3)偏瘫肢体伴有浮肿　出现部位以上肢手背及下肢足胫部、足背为多。此由经气不足，水湿逗留或风痰挟湿，横窜脉络所致。如偏瘫肢体伴浮肿疗效较无浮肿为差。一法液门透中渚，反复给予捻转；中泉透阳池、阴陵泉透阳陵泉、三阴交透绝骨、复溜透太溪；二法在浮肿最明显的部位，先用碘酒消毒，再用 75％酒精消毒，然后用三棱针点刺放血。血压高者慎用。

(4)腿膝久久无力，不忘“治痿独取阳明”　《内经》有“治痿独

取阳明"之说，成为千年古训。临床用之，确实有验。中风后遗，腿膝久久无力，除用环跳、阳陵泉、昆仑等穴外，宜加气冲、髀关、伏兔、足三里、解溪、内庭等阳明经穴，配合应用，相得益彰。前中国戏曲学院院长史老先生，1981年秋中风，嗣后腿膝久久无力，步履艰难。1982年春经人介绍来诊，初时一人不能上楼，需人扶持。余知史老先生已久用环跳、阳陵泉等穴，故改用气冲、髀关、伏兔、足三里、解溪、内庭等穴，并在髀关、伏兔、足三里处温针3壮。初诊后即感患肢轻松，10多次后能一人蹬楼。当时有友人邀史老去姑苏，史老欣然前往，竟健步登上虎丘。

(5)言语不利　中风随着偏瘫的逐步恢复，大部分失语也得到恢复，但也有部分患者中风后遗数月仍言语謇涩。此由风痰交阻，上犯舌本，或气滞痰阻，上犯廉泉所致。如失语多伴吞咽困难者治疗则更为棘手。一法廉泉穴齐刺，然后接通脉冲电刺激，用连续双相不规则尖波刺激。有吞咽困难者加天突穴；二法舌上聚泉穴，用0.40 mm(28号)针向内下方斜刺8分，反复轻轻捻转，不用提插。金津、玉液两穴用三棱针点刺放血。

(6)中风后呃逆不止　中风后出现呃逆，尤其是呃逆声高，连续不止者，病情重笃，此乃阴虚阳亢，肝风逆上，或气阴两亏，厥气上逆所致。一法内关、天突均针用泻法。天突在颈静脉切迹上方1寸处进针，向后下方刺入1.3寸，用这种取穴法及刺法，得气感应好，且安全。膻中、中脘单用拔罐不针；二法直接刺膈神经法。在颈部平环状软骨上缘旁开至胸锁乳突肌前缘进针，针刺方向略偏向外侧，进1.5～2寸时可刺中膈神经，然后接通电针仪，予低频脉冲连续波刺激。用此法治各种原因引起的呃逆均有良效。颅脑手术后、脑水肿引起的顽固呃逆也效。

2.面瘫后遗症的治疗　面瘫3个月，恢复不全者，因患侧面肌张力逐步增高而出现眼裂缩小，病侧鼻唇沟加深，口角向患侧反歪，称为"倒错现象"。又因面神经额肌支在面神经颅外分支中最细

最长，恢复困难，以致长期额纹不起，面容变丑，患者精神抑郁。面瘫早期，针灸治疗要用轻刺激，不能用重刺激，也不用电针刺激，以免嗣后出现面肌抽搐的并发症。对于面瘫后遗症可取阳白穴齐刺或排刺，四白透瞳子髎、瞳子髎透太阳、迎香透睛明、地仓透颊车、颧髎透下关，接通 G6805 电针仪以断续波刺激。翳风、牵正、下关等穴针后温针数壮。治疗面瘫后遗症不仅取患侧，在健侧也须取下关、地仓等穴。病家自己可用冬青油加白凡士林调成软膏，外擦患部，以作配合，如能持之以恒，可获显效。

3. 治疗颈椎病脊髓型及颈椎病椎基底动脉型　症见四肢活动牵强，肌肉板紧，肢体可伴放射性疼痛，两侧锥体索征阳性，可取风府、大椎齐刺并温针 3 壮，其他根据四肢症状对症取穴。

发作性眩晕，视力障碍，恶心呕吐，步履不稳，可取百会、四神聪、本神、风池、内关、合谷、阳陵泉、足三里、丰隆、太溪、太冲、丝竹空透太阳等穴，宜轻刺激长留针。此两型加服“颈椎方”，均可明显提高疗效。

颈椎方由紫贝齿 30 g[先]，磁石 30 g[先]，葛根 15 g，炒白芍 15 g，丝瓜络 15 g，炙甘草 9 g 组成。

（本方为笔者拟创经验方，临床反复应用，疗效显著，发表于上海中医药杂志 1980 年第 1 期。1980 年第 5 期上海中医药杂志编者按：“本刊 1980 年第 1 期上发表了马瑞寅医师写的《五种神经系统疾病的中医治疗》一文，读者蔡立柱运用文中介绍的方法治疗以后，使已经卧床不起的他，症状大为改善，激动地写来了充满真挚感情的信”）

4. 深刺睛明穴治疗垂体肿瘤尿崩症　垂体肿瘤尿崩症的症状描述和祖国医学中的消渴——下消极为相似，现代医学则认为是由于脑垂体后叶抗利尿激素分泌不足而使然。垂体位于蝶鞍中，蝶鞍深处中颅凹，要用针灸来影响它，只有深刺睛明穴才可以到达蝶鞍前缘，才能较多地影响垂体的功能。如患者蔡××，女，64 岁。

1960年起经常头痛，以两侧颞部为主。1970年起头痛加剧，伴恶心，视力减退，小便次数及尿量大量增多，每天小便20次左右，尿量增至每天5 000～6 000 ml。血压17.3/10.7 kPa（130/80 mmHg），心率72次/分，双眼视力向心性缩小，视力左右均为0.4，眼底乳头边缘不清，血糖4.9 mmol/L，尿比重1.005，尿糖(-)，尿17-OH 38 μmol/24 h，尿17-RS 13 μmol/24h，BMR -14%。头颅正侧位片显示蝶鞍呈圆形，鞍背轻度吸收。1970年5月经上海市××医院神经科确诊为垂体肿瘤尿崩症，曾用氨苯喋啶、垂体后叶素、甘草流浸膏、长效尿崩停等药物治疗。但在使用长效尿崩停时出现休克而停用。1972年因头痛、尿崩症前来求医。先针百会、关元、足三里、三阴交、太溪等数10次无效。至1973年11月症情加重，小便每夜30次以上，肢软乏力，苔薄质淡，脉沉细，双眼视力<33.3 cm指数。头颅X片示，蝶鞍呈球形扩大，后床突微量骨质吸收。经反复琢磨研究改用深刺睛明穴，针刺后小便次数每夜减至5～6次。1974年1月尿崩症又发作，小便每夜20次左右。仍按原法，深刺睛明，小便旋即减至每夜4次，10年中患者尿崩症多次发作，发则求余针刺，针刺后小便即刻明显减少。

睛明穴于内眦直上2分处取之，不要向内偏，针尖轻轻压入皮肤，然后缓缓直入，不能提插捻转，不作温针电针，深刺2.5寸左右，留针30分钟，再轻轻将针垂直拔出。

大胆探索，不断创新

1. 头面部温针术　对于温针术，古时有书贬之为“山野草人之术”。又有医家认为头面部不宜温针。笔者数十年临床探索，对头面部不少穴位施以温针，每每获得意想不到的良效。

如一妇女，后脑疼痛已40多年，得风则甚，夏暑裹罗，曾长年针治，久久不愈。1964年时延余诊治，取双侧风池穴，用37 mm毫

针刺 1.3 寸，温针 5 壮，1 次痛止，3 次而愈。

面瘫取翳风、牵正、下关、颧髎，有时也可取地仓温针。过敏性鼻炎取巨髎穴用 25 mm 毫针刺 5 分，温针 3 壮。

2.“徐长卿”注射液穴位注射肩髎穴治疗慢性化脓性中耳炎　经耳鼻喉科检查诊断，确诊慢性化脓性中耳炎，并耳腔积脓者才予治疗，疗效满意。左侧中耳炎取左侧肩髎穴，右侧中耳炎取右侧肩髎穴，双侧中耳炎取双侧肩髎穴。取“徐长卿”注射液 4 ml，1 次穴位注射肩髎穴，如是双侧中耳炎分注两侧肩髎穴。隔天穴位注射 1 次。1973 年一年内共集中治疗 68 例，用本法穴位注射 10 次之内竟治愈 29 例。前××医院护理部老主任患慢性化脓性中耳炎 20 年，经常积脓，经 2 次穴位注射而治愈，以后 10 年中未再复发。

3. 止痛“301”穴位注射能明显降低血沉　自余发现“徐长卿”注射液穴位注射治疗慢性化脓性中耳炎有显效，穴位注射治疗关节痛、胃脘痛也确实有效后，曙光医院药厂自制该药，并定名止痛“301”。经临床观察摸索，使用止痛“301”，尚有明显的降血沉作用。常取肩髃、肩髎、曲池、手三里、外关、阳陵泉、足三里、绝骨等。应用止痛“301”穴位注射确实有很好的消炎止痛，降血沉作用。××厂党委书记之子患亚急性变态反应性败血症，高热不退，关节肿痛，血沉 150 mm/h 左右，曾长期治疗几乎无效，内科医师邀余会诊。余用止痛“301”穴位注射曲池、阳陵泉；外关、绝骨，两组穴位隔日交替使用，每天注射止痛“301”4 ml，3 天后血沉下跌，3 周后降至 18 mm/h，1 月后痊愈出院，半年后关节作痛又发，速来我院再作“301”穴位注射 10 次，从此未再复发。

4. 深刺“盆丛”穴，治疗尿失禁、遗尿、阳痿、脱肛等　盆丛又名骨盆丛，或腹下丛，是以副交感神经纤维为主的植物神经丛，它支配直肠、膀胱、子宫、阴道等器官的平滑肌和腺体的活动。

盆丛位于腰椎下部，骶椎上部的前方。直肠、膀胱、子宫、阴道、阴茎勃起都受它支配，要用针直接刺激盆丛，最为易行的办法是深

刺长强穴。但是这种方法有某些缺点，其一给女性病人取穴治疗很不方便；其二这个部位痛觉敏感，针刺很痛；其三深刺时，如掌握不好，有刺穿直肠粘膜的危险。1971 年笔者首次在上海中山医院实验室经坐骨大孔用 125 mm 长针，穿刺盆丛成功，并开始用于临床。

取穴法　平 19 椎(次髎穴)旁开，量骶骨中线到骶骨边缘的距离，并乘以 2，定出此点为针刺点。

刺法　病人俯卧，取 0.40 mm×125 mm(28 号 5 寸)长针，进针时使针和皮肤呈 30°左右，缓缓刺入，通过坐骨大孔时有较沉紧的感觉，可继续缓缓进针，刺入 4.5 寸时停止进针。此时针尖已到达密布盆丛的直肠后面，骶骨前面。针刺成功后，接通 G6805 电针仪，用断续波刺激。当通电时，病人有肛门上提或收缩的感觉，说明针刺“盆丛”成功，一般电刺激 15～20 分钟。1974 年，女性患者冷××，52 岁。患尿失禁 2 年多，经用上法，隔日 1 次，6 次而愈，2 年后随访未见复发。患者杨××，51 岁。初诊时，阳事不举 2 个月，用本法治疗 1 次而愈。上海郊县一赤脚医生结婚半年，阳事不举，下午来院治疗，晚上即愈。

5. 深刺八髎加温针，治遗尿、阳痿、早泄　较为肥胖的病人刺八髎穴 1 寸以上并不困难；瘦削病人有时就会刺到“骨头”，此时针尖略偏向外下方就能深入。余在临床发觉用八髎治疗遗尿、早泄较用关元、曲骨疗效为好，尤其是成年人，疗效更较显著。

6. 顽固性坐骨神经痛须加腰部深刺　针刺治疗坐骨神经痛往常习惯根据疼痛部位循经取穴，但对于一些顽固性的坐骨神经痛(尤其是根性坐骨神经痛)疗效不佳，此时须加用腰部穴位深刺，如肾俞、大肠俞均可深刺 3～4 寸，选用 100 mm 长针，自肾俞、大肠俞旁开 5 分处进针，针向偏内方，就容易深刺且绝对安全，疗效明显提高。

7. 治疗急性肾绞痛　剧痛冷汗出，手足厥逆，速刺维道透气冲

3 寸。

8. 治疗三叉神经痛发作性剧痛　速刺两侧三间穴，反复捻转重刺激，但不宜两侧接通电针仪，否则电流将对心脏有刺激。

9. 膻中穴隔姜灸可以升血压　余曾多次会诊协助治疗多种休克病人，应用足三里、关元、气海等穴见效甚微，百会穴灸之又很不方便，故用隔姜灸膻中穴，确有一定升压作用，有时灸治后收缩压上升 2.6～4 kPa（20～30 mmHg），舒张压上升 1.3 kPa（10 mmHg），此法可辅助治疗。

10. 哮喘发作　哮喘发作时急针两侧鱼际穴，两侧内关透间使。小儿患者怕痛，可改用磁铁针，重压上穴也有效。

11. 陈伤久痛用絮刺放血　絮刺者以七星针（或多于 7 根针）叩刺放血。操作要先轻后重，否则常吓退病人，于操作结束前重叩之，当病人叫痛已经叩止，然后用火罐重吸，吸尽瘀血，通则不痛也。玻利维亚圣克鲁斯市一大饭店厨师，10 多年前外伤背胁部，久治不愈。因掌勺又重，动辄牵及胸胁，疼痛难忍。余诊之，该患者病痛已久，多方医治，一般药物、穴位已使用过，故初诊即予局部絮刺拔罐，1 次而痛止。

12. 戒烟、戒酒　戒烟取大陵透劳宫、鱼际，然后通电，以低频双相不规则尖波脉冲电刺激。戒酒取解溪、内庭，均双侧，同上述电刺激。前有秘鲁共和国驻圣克鲁斯市总领事夫人，大量抽烟多年，求余戒之，即用上法，3 次而成功，她说自针灸后不再想抽烟，如抽之，觉口中发苦，不愿再抽。一位嗜酒 40 年的先生，针解溪、内庭后，当夜竟不想再喝酒。

13. 治阳痿重心肾不交论　大凡论及阳痿病因，总不脱脾肾两亏，命门火衰；肝肾不足，下元虚亏；湿热下注，宗筋弛纵等。此乃沿用古籍。余数十年潜心观察，很多阳痿病人，均无明显肾亏火衰或所谓湿热下注的症状，主要是对性生活顾虑太多，精神紧张，以致临场失败；或是偶尔 1 次性生活不佳，就顾虑自己得了阳痿病，这

些不必要的忧思愁虑，导致精神集中于此点，工作生活无兴趣，失眠多梦，心跳汗出，实属心肾不交，无大病也。宜取百会、四神聪、印堂、丝竹空，补肾俞泻心俞，或补太溪泻神门治之。关元、曲骨或八

等穴，盆丛也须配合使用，加之医者能关心体贴病人，释其烟云，均能霍然而愈。

（马瑞寅）

方幼安教授针灸临床经验介绍



方幼安，原名方幼盦，1925年生，安徽合肥人。1941年起随父方慎盦学习针灸，1944年就读上海光华大学文学院。1947年悬壶沪上，从医近50载，临床经验丰富。历任上海医科大学教授，上海医科大学华山医院针灸科主任，中国针灸学会理事，上海市针灸学会副理事长，全国中医学会上海分会常务理事，《中国针灸》与《上海针灸杂志》编委，阿根廷中华针灸学会顾问。致力于针灸治病机理的探索，开展耳针戒烟、针灸治疗中风的临床机理研究，并培养了大批医学人才和国外留学生。发表论文30余篇，著有《方幼安针灸临证论文选》、《针灸有效病症》、《针灸防治中风》、《针灸防治小儿脑病》、《针灸学多选题评述》等专著。

精于辨证，治病求本

方师常谓施治之前必先辨证，辨证是认识和治疗疾病的基础。并认为药物和针灸只是内治与外治之形式不同，其施治之依据是一致的。证有八纲，治则有“寒者热之，热者寒之”之分，药物“或收或散，或缓或急，或燥或润，或软或坚”，以平其气，针灸则根据穴位特异性与各种手法以补虚泻实。药物治疗有“形不足者，温之以气，精不足者，补之以味”，针灸治疗也同样“盛则泻之，虚则补之，热者

疾之，寒则留之”。所以，针灸临床中只有在辨证的基础上才能识别证候的表里阴阳，虚实寒热，才能决定合理的治疗方案。

如慢性泄泻一证，方师认为多由急性失治迁延而致，其病多在脾肾两经。脾主运化，吸收精微，如脾阳不振，则无以制水，肾水上泛，反侮及土，此为脾病及肾；如命门火衰，阳虚不运，似锅下无火以致完谷不化，此为肾病及脾。如不以整体观念作指导进行辨证论治，就很难立方取穴而获效。如周×，女，60 岁。慢性泄泻 7 年，每天 6～7 次稀糊便，体形虚胖，面黄肢倦。苔腻，脉濡。辨其证候显是脾运无权，中焦湿困，以致纳谷不化。治宜温中健脾，分利水湿，取脾俞、章门、大横、公孙以健脾，阴陵泉、三阴交以利湿。针 3 次后大便成形，8 次后大便日行 1 次，症状消失。又顾×，女，39 岁。急性肠炎后转为慢性，7 年不愈。面色㿠白，肢端厥冷，腰酸带下，腹中冷而喜抱枕俯卧，腹痛泄泻日行 3～4 次，完谷不化。舌淡苔薄白，脉象沉细。此乃久泻之后津液耗伤，阴损及阳，阳气微弱不能生脾土。辨其证候显是肾虚脾泻，治宜温肾阳，补命火，火旺可以生土，脾健乃能止泻。取命门、肾俞、关元以温肾，脾俞、公孙以健脾。针 5 次后每日便行 1 次，渐成形，腹痛止，面色转华，肢温渐复，余证亦渐渐告退，10 次痊愈。方师认为，此外还有脾气不舒以致肝木之气郁结，或木气郁结横逆而克土，所致慢性泄泻又当肝脾同治，扶土抑木。又支气管哮喘一证，方师认为初病在于肺金，久病则属脾肾。病在肺金者，由于肺主皮毛，如卫外不固，腠理不坚，平素怯寒自汗，易于感受外邪，每因气候变化不能适应而诱发，此证多为发作期，治当宣肺化痰，平喘降逆，可选大椎、天突、太渊、丰隆、肺俞、定喘等穴；病在肾水者，由于肾主纳气，如精气亏乏，摄纳无权，平素动则气短易喘，腰酸乏力，下肢常冷，患者多形体消瘦，此证多为本病后期，反复发作已久，治当补肾纳气，滋肾养阴，平喘化痰，可选大椎、肺俞、肾俞、气海、关元、太溪、复溜、丰隆等穴，或针或灸；病在脾土者，由于脾主运化，如中气衰弱，健运无权，平素痰多，

食少倦怠，大便不实，每因饮食失调而诱发，患者多形体丰腴，治当健脾化浊，宣肺平喘，选大椎、肺俞、脾俞、公孙、丰隆等穴。

方师临床辨证简明扼要，且结合针灸特点，易于掌握。如神经衰弱常被归纳为肾虚肝阳上亢与肝脾失调两大类型，月经不调常被按虚寒证与实热证两大类而分别选穴。

重视按诊，探索验穴

方师在临床上很重视按诊，认为这是针灸科临床必不可少之一项检查手段。《灵枢・背腧》载："则欲得而验之，按其处，应在中而痛解"，故按诊不仅有助于诊断，而且可以帮助治疗。《灵枢・经筋》所述"以痛为腧"是运动系统疾病诊治方法之一；脏腑之病可按夹脊之脉，尚可见风寒湿三气客于手足三阳之脉，按之作痛。在长期临床中，方师有许多按诊方面的宝贵经验。

方师发现实证腰痛患者天柱穴常有明显压痛与隆起。×××，男，右侧腰痛，俯仰活动不利，无扭伤及受寒史，检查未发现有运动系统阳性体征，试循足太阳经筋所过，从腰上行至颈部循序按压，发现"其直者结于枕骨"之处（即现代解剖斜方肌之起始部）明显隆起而高于对侧，按之压痛，此处正是天柱穴，试刺一针并捻转得气，行针时嘱患者逐渐活动其腰部，约1～2分钟，其痛明显减轻，活动好转，留针10分钟后腰部活动恢复正常，且天柱穴压痛消失。

方师还根据《灵枢》"手阳明之筋……从肩髃上颈"在临床探索求证，发现凡肩痛患者在天鼎穴均有明显压痛，包括肩部各种痹证、颈椎病引起之肩痛，以及中风偏瘫患侧上肢疼痛不能抬举者，针刺此穴有良好快速反应，其阳性反应也随症状消失而消失。

又发现胸闷患者常在督脉经神道穴有隆起压痛，有时望诊即可确认，此穴进行温针，效果明显。还发现妇女经期头痛，在第3颈椎棘突有隆起压痛，且该处压痛与行经头痛成正比关系，针刺后往

往隆起和压痛消失，头痛亦缓解，屡试屡验。

脑户穴在文献中曾有禁针之记载，而方师发现此穴配合百会、强间治疗精神、神经症状有良效。还探索发现经外奇穴后太阳，在丝竹空水平向后移至鬓发际，该处针刺治疗头痛效果胜于太阳。

此均为古今针灸书籍所不备，反映了方师独到的临床经验。

熟娴针法，见效如神

众所周知，针刺气海、关元、中极等穴治疗阳痿、早泄诸症时，要求针刺得气并往下行，如能直达阴茎端，疗效较为理想。如治疗子宫脱垂与胃下垂诸症时，针刺脐孔上下诸穴，则要求针感上行，这比较难做到。方师在控制任脉下腹部针感导向有经验，并归纳为以下数语："病人仰卧，医生立右，头左脚右，拇指向前，食指向后，气往下行"，反之如拇指向后，食指向前，则会出现针感上行，屡试不爽。

方师发现风池一穴，如进针方向不同，针刺感传将随之各异，所获效果亦殊。换言之，对不同适应证，要达到不同治疗效果，必须采用不同的进针方向。如治目疾，应紧靠枕骨下方、斜方肌起始部之外侧取穴进针，如偏离穴位即不能得到预期针感，针尖对准同侧直视瞳孔，进针深度要达到 4～5 cm，然后小幅度反复捻转，针感可循足少阳经分布路线上行，通过顶部侧面到达额部阳白或眼区。

方师对天突穴针刺操作也有独到之处，或沿皮刺，或胸骨后浅刺，或胸骨后深刺。沿皮刺则先在胸骨切迹上缘正中凹陷处针入 0.5～0.8 cm，捻转导气，酸胀感在周围，再将针尖提至皮下，将针沿皮向下刺入 2～3 cm，小幅度捻转，酸胀感可放射至胸部；或按上述定位，先直刺 0.5～0.8 cm，不宜过深，以免刺伤气管，将针柄抬起紧靠皮肤，针尖沿胸骨柄后缘、气管前面缓缓刺入，进针约 3～4 cm。以上两种刺法适用于治疗呼吸道疾患。治食道疾患，如食

道痉挛或肿瘤，可在胸骨柄后进针 5～7 cm，进针时应取仰卧位，在后颈部下端和上背部垫上一枕头，使充分暴露穴区，以便操作。

擅治瘫痪，挽起沉疴

方师治疗中风偏瘫常考虑整体因素，这是方师治瘫一大特色。考中风病因常多内风为病，亦有兼见痰浊蕴留，阻滞络道而成偏枯，如辨证属此类型者，仅治偏瘫而忽视内风，是为舍本逐末，必然收效缓慢，如能标本兼顾，将会事半功倍。故在治瘫同时，考虑平肝熄风，蠲涤痰浊，常针太冲、足临泣，用徐疾泻法，针丰隆、公孙用平补平泻。对高血压及形体丰腴，舌苔厚腻之患者，能获良效。并观察到内风平熄，痰浊渐化之后，不仅对头目眩晕有效，且对肢体康复亦有裨益。

临床上对中风后遗症手指僵硬或挛缩的治疗较为棘手，方师对此有良法。中风偏瘫病人由于肌张力增高，指关节僵硬如握拳状，常用三间、后溪穴，针刺可立刻改变僵硬握拳姿势，虽然在针刺后几分钟或几小时仍回复到接近原状，但针刺具有累积作用，经多次针刺后可使症状明显改变。操作方法是，两穴分别进针后，医者双手同时持针，用捻转泻法大幅度运针，当患者有强烈针感后，手指能即刻放松伸开。对于足趾僵硬，选用太白治疗也有良效。

治痿独取阳明，但方师认为不独阳明经对偏瘫有效，其他阳经穴对偏瘫亦有效。方师常用天鼎、四渎治上肢偏瘫，尤其是那些抬肩困难患者，选用天鼎穴并以捻转泻法运针，加强针感。凡能主动运动者，嘱患者同时抬举肩部活动，若不能作主动运动，可由他人帮助抬举活动。不论原来能否活动，均应在留针时间隙运针，数次治疗后便能见效。而对手指活动不便者，常选四渎，或配外关，并接电针仪，效佳于单纯针刺者。

（陈业孟）

针灸名家方慎盦学术经验介绍



方慎盦(1893—1962),名墉,以字行,安徽合肥人。先从扬州名医宋德宗习内科,复师事针灸大师黄石屏。30年代起在上海悬壶,精擅中医内科、针灸,并以针灸名扬海内外。生前任上海市中医师公会学术科主任,1929年中医拟被废止之时,曾发起组织"医学回澜社"中医学术团体,出版针灸书籍,并在报刊发表针灸普及文章,呼吁国人给予中医应有之重视。著有《金针秘传》(1937年初版,1939年再版)及《风症指南》(1939年)等书。方氏精法语、日语,与当时日本针灸界人士多有交往,并受震旦大学法籍教授之邀,定期到上海广慈医院讲学和会诊。方氏为近代对外传播针灸之先驱,近代欧洲最有影响的针灸传播者 Soulie de Morant 誉之为"二十世纪针灸方慎盦"。

师古不泥,变通为用

慎庵公学术思想之特点,认为首应熟娴经典,不依规矩不能成方圆。但又认为学经典不宜泥于古法,而要融会贯通,不断进取,以求突破,应知"随机应变之理,而得圆机活法"。

慎庵公不主张拘泥于书本所载某穴刺几分深,留若干呼,以及艾炷大小、艾壮多少,认为这些都是"古人特论其理之常如此耳"。所以"凡用刺法,自有所宜,初不必以此为拘泥也",不要束缚于古

人所定分寸，而应“视病之浮沉，而为刺之浅深”，“按视其寒温盛衰而调之，是谓因适而为之者是也”。关于留针之久暂，主张“惟以气为期，而不以呼之多少为候”。关于灸壮，主张“当视其腧穴肉之厚薄，病之轻重而谓灸之多少”。

慎斋公认为治病无定穴，要根据病情变化与病人个体差异而灵活应用。大凡邪中于人，与正周流上下，或在气分，或在血分，无有定止。故喻用针，正如用兵，彼动则此应，或出以奇，或守以正，无有定制。如医者不究其因，不察传变，惟守某穴主某病之说，执中无权，按谱施治，譬之狂潦泛滥，欲塞下流而获安者，亦偶然耳。夫病变无穷，针法也无穷，病或在上而泛下取之，病或在下而从上取之，或近取，或直取，审经与络，分气与血，病随经而在，穴随经而取，庶得随机应变之理。

辨证精确，取穴精少

慎斋公治病，辨证遵循阴与阳，取穴讲究少而精。认为不依四诊八纲，何能辨别证候？何处可以下手？八纲，规矩也，所以制方圆也。治脏腑病，常取相应背腧穴，仅一对而已，或取与病脏相关经络之五腧穴，亦一对而已，或循经取一、二穴。认为多取穴是医者心中自无准绳，以多取胜，实则徒增病家肌肤之痛而已，于事无补，于病无益。

慎斋公善治中风，常据中风不同见证而选用不同穴位。如张×，病中风不语，针百会一穴而苏。而曹×，忽中风而神昏不语，发病仅1小时，两目紧闭，呼之不应，脉已停止，数日前已觉口眼歪斜。慎斋公认为此乃实证，乃针肩井、三里等处，其脉立出，口已能言，询其本人，则云四肢麻楚。复针风府、涌泉，3日即能起坐。复刺地仓而口正，刺睛明而眼不斜，7日即康复如常。又师×，夜半睡醒，忽口眼歪斜，语言难出而半身肢体同时麻痹，慎斋公认为病在

少阴，痱症也，为针气海、环跳、肾俞等穴，顷刻之间，麻痹半身即能自行转侧，10日即完全告愈。由此可见，同为中风闭证，虚则选百会，实则选肩井，中风偏枯亦宜辨证选穴。

又肠澼（菌痢）一证。颜×，患肠澼数十年，久治不愈，慎斋公辨证为热壅大肠，为针手阳明数穴，并用泻法以泻其热，通其壅，数日而愈。方氏认为，肠澼一证，虚实并有，实热证常取手三里用泻法；如属虚证，则宜养阴补脾，清胃固脱，缺一不可。养阴培土常取公孙、三阴交，因脾统血，复为土脏，既能引血归经，又能培土止泻。通过辨证取穴，复参用补泻手法，无不有效。惟实证速效，虚证缓效之别而已。

又臂痛不能举，此乃针灸科之常见病，一般均以为经络病，往往循经取穴，疏导经气而止痛。慎斋公认为虚实寒热，皆可使其病也。如褚××臂痛经年，中西杂治，百药无效，其右手不能平肩，日夜酸楚无宁息，断为肺络之痰，阻滞血脉，为针曲池、合谷，应手而瘥。而莫××，臂痛不举，见其行动即喘，脉大而空，两尺尤少力，入夜则口渴咽干，小溲频数，慎斋公认为此患者乃肾气不能收纳，其臂痛不举，乃标证也。即针肾俞、关元等穴，并予以补敛肾气之方药，为丸治之。2月之后，本标各病痊愈。

强调手法，明确补泻

慎斋公临证时不仅重视辨证，讲究取穴，同时强调手法，以明确补泻。常用之补泻法为徐疾结合开阖，主张针刺必须得气，但不主张针感强烈，认为行针"轻可去实"，故对实证、热证、表证、阳证亦用轻捻微转之手法，常获良效。

×××，患太阳病，高热无汗，恶风，项背强已3天，取后溪（左），进针后行疾进徐出，一进三退之手法，轻微操作数分钟后，患者先后在手心、手臂微出汗，渐及手、足太阳经之分野，直至两踝及

足背、足心，须臾而热退。

又某患湿温症，乃感受秋令湿热所致，发热1周，头重身痛，胸闷，舌苔黄腻，脉濡。取脾俞（双），持续轻微捻转，留针10分钟，翌日腻苔已化，胸闷得解，热稍退，连针3天，诸恙痊愈。

慎斋公常取同穴施不同手法，治愈虚实不同之病症。×男，62岁，腰痛已13年，平日起居坐卧均感不便，惟阴雨之先或节气之前，腰部不能转侧且肤冷如冰。慎斋公认为《内经》云："太阳所至为腰痛，太阳膀胱腑也"，又云："腰为肾之府，转侧不能，肾将惫矣"，今既不能摇，而腰部肌肉又异常觉冷，其为肾阳衰败无疑，宜温通肾府以祛寒湿而助元阳。选肾俞穴并行补法后，腰部立觉奇暖，去针后即起立如常。又×××，女，诉腰腿热痛，虽在冬季，腰部所盖棉被亦不能紧覆，两足必须露在被外，方能痛减入睡。脉象洪大，舌苔黄腻。慎斋公认为此乃湿热之邪恋于下焦，亦取肾俞穴，施泻法，起针后，其痛立减，肤热也散，复针3次而愈，慎斋公常谓"针法各有不同"，须看准病原，自然发无虚射。

兼收并蓄，善于创新

慎斋公思想开拓，不保守因循，对古今中外凡有益者兼收并蓄，并在针灸临床中引进现代方法。

中医以往缺乏消毒概念，针刺均隔衣进针，慎斋公早在30年代初已采用不隔衣进针，并用酒精局部消毒。这在当时之世俗概念中，要求患者暴露躯体而接受针刺，实非易事，当为针灸界较先引进无菌操作概念者。

慎斋公在30年代中期已经使用《方慎斋诊病表》铅印病历。除姓名、性别、年龄、地址、年月日、编号外，其他内容还包括"初病经过、现在情形、特别症状、标准治法、处方、结果"。并列有"体气、面色、脉象左右、舌、嗜好、寒热、汗、饮食、睡眠、大便、小便"以及身体

各部位如"头、颈、眼、耳、口、齿、胸、腹、背、腰、手臂、腿足"等项。中医在30年代已使用内容如此详细之病史，积累资料以供临床研究者，殊不多见。

慎斋公在30年代曾自己设计定制过两种针灸器械。

其一为相似近代梅花针之针具，参照《灵枢·官针》毛刺、扬刺、半刺等刺法"浅内针"，"正内一，傍内四"之义设计制作，实开梅花针之先驱。该莲房状针具直径约1 cm，下端并列5支针，针为金质，莲房上端装置一根弹簧，均置于一铜质管状物中，管长约5～6 cm。使用时，以针管对准所需之腧穴，以拇、中两指持针，食指有节奏地叩按上端弹簧，下端并列之5针即在腧穴上依据食指叩按之节奏叩刺，针尖不进入皮肤，局部皮肤经叩刺后呈潮红。治疗外感头痛、肝风眩晕与小儿腹泻等症有良效。

另一种为"温灸器"，为薰灸结合药物，既有艾灸之优点，益以药物之作用，而无灼烫之痛苦，病家乐于接受，用以治疗虚证和痹证有良效。此温灸器为铜质制成之双层桶状器具，外层上下两截直径9 cm，高8 cm，下置红木底座，中有一3 cm直径之圆孔。内层上端装有4根齿状环物，环形排列，直径3 cm，中间放置一段粗艾卷，下端有一小容器放置药物。根据病情先拟定几个协定处方，研成细末备用。外层上下两截互套，可以进退转动，四周均排列小空洞，外层有盖，用铰链开合。使用时，将温灸器下端之圆孔对准所选之穴位，点燃艾卷，艾火温热使药物直透穴位。外层上下两截空洞不相对时，热气不外泄；如患者感到温度过高时，可以转动外层上截，以调整空洞位置，使内外两层空洞相对，热气即可以外泄，以降低温度。

以上两种针灸器械均为前人和当时所未有，有一定治疗效果。

综上所述，方慎斋先生诚为近代针灸史上值得纪念和推崇的一位人物。

（陈业孟）

叶成鹄教授临床经验介绍



叶成鹄，1936年生，四川大邑县人。从小随父名老中医叶心清学习中医，酷爱针灸。1955年随父从四川重庆到北京中医研究院针灸所工作，1958年考入北京中医学院，1964年毕业，分配到中国中医研究院广安门医院针灸科工作。曾任广安门医院针灸科主任，中国针灸学会针法灸法研究会副理事长，北京针灸学会理事，联合国卫生组织北京培训中心教授，澳大利亚布里斯本针灸学院理事兼针灸系主任，美国纽约气功、针灸、耳针研究院常务理事兼教授，南美洲中医学会顾问。先后去澳大利亚、泰国进行医疗和讲学。在国内外杂志发表论文30余篇。著有《实用灸疗》、《神志病的针灸疗法》(西班牙文版)，参加《耳穴诊治法》、《中医诊疗常规》等书的编写。

叶教授临床精于辨证，取穴少而精，注重手法，善用金针刺法，针药并用，尤其对灸疗的研究颇有建树。曾用温针灸、苇管器灸治疗面神经麻痹；隔核桃皮壳眼镜灸治疗视神经萎缩；熨灸法治疗带状疱疹等，均收到明显效果。

继承父业，沿用金针

叶教授继承了父亲的金针针刺手法。叶氏金针特点是用90%

黄金加入10%的赤铜混合提炼抽丝而成。直径约为0.28 mm，长75 mm和125 mm两种规格。针质柔软，针身细长，针柄短小。

刺法　刺手拇食指将针体下端持住，押手靠近针尖，以15～30°夹角刺入穴内，押手注意针下得气感觉。

补泻法　缓进疾出，重插轻提为补；疾进慢出，轻插重提为泻；不疾不缓为平补平泻。

此种刺法具有既刺一点（腧穴），又刺一线（经脉）。常用于透刺法。如本经透刺法，外关透支沟，主治热病、头痛、耳鸣、胁痛、肩臂酸痛、手指麻木；间使透内关，主治心痛惊悸、癫狂呕吐、肢挛腋肿；足三里透下巨虚，主治下肢痿痹、乳痈肿块；气海透关元，主治腰痛、久痢、痛经、遗尿、阳痿、早泄；中脘透下脘，主治中气下陷、脾胃虚弱。又如异经透刺法，由曲池下针透尺泽、曲泽、少海、小海，主治泄泻、肢节诸痛；太阳透下关，翳风透瞳子髎，主治面痛（三叉神经痛）；阴陵泉透阳陵泉，主治中风下肢瘫痪；内膝眼透外膝眼，主治膝关节疼痛；中脘透天枢，主治胃肠道疾病。

辨证取穴，善治面瘫

面瘫一病，是针灸临床常见病、多发病。轻者经治疗1个月内可愈，重者常留有后遗症。叶教授对本病潜心研究，根据病因及临床症状不同进行辨证取穴，治疗总结数千余例，收到显著效果。症见口眼歪斜，伴有面、目发僵发紧，眼睑外翻。有感受风寒病史。舌质淡红，苔薄白，脉浮紧。据寒主收引之理，以温通经络法，取下关穴温针灸为主穴。症见上眼睑、口角下垂，患部肌肉松弛无力，伴有口干或带状疱疹。舌红苔黄厚腻，脉浮数。或见胃火炽盛，出现口干口臭，大便干燥。舌红苔黄厚，脉滑数。据热则筋弛，经缓不收故口僻之理，以清热泻火，化滞通经络法，泻曲池、合谷、内庭为主穴，配合颜面诸穴。久病口眼歪斜尚不能纠正，伴有面、目肌肉抽动或

出现联动症状。舌质淡红，或嫩红，或红绛，苔薄白，或薄黄，脉沉细无力。此为久病邪气残留经络，损伤气血，筋脉失养，虚风内动之象，以养血熄风，荣筋脉法，补足三里、中脘、蠡沟、太溪、太冲为主穴。如抬眉、闭眼功能差，针攒竹、太阳、解溪；耸鼻功能差，针迎香、颧髎、四白；口角歪斜针听会透下关，针牵正穴（地仓与颊车连线中点）。

针灸治疗视神经萎缩

叶教授根据医经所论："目者，五脏六腑之精也"。"肾者主水，受五脏六腑之精而藏之"。"肝开窍于目"，"肝受血而能视"。"胆、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱，仓廪之本，营之也，名曰器，能化糟粕，转味而入出者也"。上述经文都说明眼与五脏六腑有着十分密切的联系。故采用针刺调节脏腑经气达到治病的目的。取风池，采用热补手法使针感达到眼区（针感到头顶部效果稍差），内睛明用 37 mm(1.5 寸)毫针直刺，进针 1.2 寸深，再补光明、太溪、足三里，局部取四白、太阳穴，用平补平泻法。核桃皮壳浸在菊花水中，意在补肝肾明目，眼区施灸法，使眼区受到温热刺激促进血液循环，有利于神经的恢复。

针药并用治疗癔病

叶教授治疗本病，常以甘润理气，泻热开窍为治疗大法。取太冲、内关、郄门为主穴。四肢厥逆者，点刺十二井穴以沟通手足三阴三阳经气；昏厥抽搐用 25 mm(1 寸)毫针泻人中、涌泉穴；失语泻上廉泉、通里；耳鸣、耳聋针刺耳门、翳风、中渚，醒神开窍；失明者针刺睛明、光明穴，疏经气以复明；喉中梗阻，针天突、膻中、丰隆

穴，降气祛痰；偏瘫、截瘫针曲池、阳陵泉、丝竹空穴，以疏导经气。

癔病属祖国医学"厥证"、"郁证"、"脏躁"范畴。叶教授认为本病的发生，主要因七情所伤而致，病变在心、肝、肾三脏。长期忧郁或突然暴怒使气机发生逆乱。手足阴阳之气不相顺接而见厥逆，气逆闭阻清窍则见耳目不聪。久则怒郁化火，风痰上扰则见昏厥抽搐。以甘麦大枣汤之甘润养血安神，佐以厚朴、苏叶理气，陈皮、半夏理气化痰，郁金、菖蒲醒神开窍，热甚者加黄芩泻火，针药并用相得益彰。

丝竹空穴的妙用

丝竹空穴为手少阳三焦经腧穴。叶教授在临床实践中认为此穴具有较强的理气镇痛作用，故用理气镇痛之法治疗坐骨神经痛(少阳经型)和急性腰扭伤伴有一侧下肢疼痛不能活动者，以及癔病性偏瘫、截瘫。用 0.40 mm×37 mm(28 号 1 寸半)毫针针尖朝向鱼腰穴平刺进针，令病人吸气施提插泻法(重按轻提)，当局部产生酸胀感后再施捻转泻法(拇指向后，食指向前)4 次，局部即可出现凉的感觉。如果上述感觉未出现，可重复 2～4 次，行针 20 分钟。近 10 余年来，叶教授采用此穴治疗百余例病人，多数患者 1 次即愈，最多不超过 2～3 次。此法治疗急症、痛症确有手到病除的效果，但是必须熟练地掌握手法。

叶教授临床近 40 年，对针灸精益求精，不仅继承了父亲的经验，并博采众方，集各家所长，重视中西医结合，取长补短，形成了自己独特的学术见解，临床疗效颇为显著，深受患者好评。我们长期生活在他的身边，对我们的临床工作帮助很大，受益非浅。此外，来自全国各地的进修医师也和叶教授有书信往来，双方建立了深厚的师生之情。

(韩碧英　叶成源)

针灸学家石学敏教授学术经验



石学敏，1938年生，天津西郊人。1962年毕业于天津中医学院，1964年参加卫生部举办的高级针灸研究班，1968～1972年在阿尔及利亚中国医疗队工作，回国后组建天津中医学院第一附属医院针灸科，该医院现已成为全国最大针灸临床研究中心。他主持的《醒脑开窍针刺法治疗中风》和《针刺手法量学的研究》课题，于1982年和1986年分获天津市、卫生部科研成果奖。先后到德国、法国、加拿大、日本、韩国等10余个国家和地区讲学20余次，被国外针灸医学界誉为"石学敏旋风"。现任中国针灸学会理事，中国针灸学会临床研究会副理事长，天津市针灸学会会长，天津中医学院副院长，天津中医学院第一附属医院院长、教授、主任医师，天津市首位中医博士研究生导师。1992年经天津市人民政府授予"著名针灸学专家"称号，同年国务院授予"有特殊贡献专家"称号。

著名针灸学家石学敏教授从事针灸工作30余年，精研岐黄，谙熟《灵枢》、《素问》，长期潜心于古代医理与现代医学在针灸临床实践中的有机结合，"勤求古训，博采众长"，开拓进取，造诣精深，具有丰富的临床经验，严谨的治学作风，治病诲人，孜孜不倦，素为同道所称颂。

识神乱病机，倡醒神大法

30年来，石教授对“神”的生理、病理、诊断、治疗，从整体观的角度进行了研究，并结合古今医学研究的成果，得出四点认识：神之所在，脑藏神，脑为元神之府；神之所主，人体生命一切内在、外在的功能活动；神之所病，百病之始，皆累于神；神之所治，凡刺之法，先醒其神。基于这些认识，在中风病的治疗上他创造了“醒脑开窍”针刺法，认为中风病的主要病理机转是窍闭神匿，神不导气，致神无所附，肢无所用。并明确指出神伤不仅可直接产生神志方面的变化，而且也可以直接影响各种器官、肢体、筋肉的功能活动，因此，“醒脑开窍”针刺法以“醒神”和“调神”为宗旨，既可治疗神志昏迷的中风患者，也可治疗单纯肢体功能障碍的中风患者。针刺处方中以内关、人中、三阴交为主穴，辅以极泉、尺泽、委中等穴，并随症加减，治疗中风，屡获佳效。据有完整资料的3207例病例统计，其临床治愈率高达56%，总有效率达98%。

石教授认为，对于中风的针刺治疗，宜早不宜迟，甚至在急性期昏迷的患者中，醒脑开窍之主要穴位是一定要采用的，这是因为这些穴位之“开窍醒神启闭”的功能从古至今就在急救中广泛应用，而且针刺所具有的良性调整作用，与急性期的病理性刺激是完全不同的。并且认为针刺施术愈及时，其疗效和预后愈好。石教授十分重视针刺感应的强弱，针刺内关采用提插捻转相结合的泻法，施术1分钟；人中施雀啄泻法，至流泪或眼球湿润为度；三阴交以提插补法，余穴施提插泻法，均使患肢抽动3次为度。对于急重昏迷患者，醒神的穴位施术宜重。对于后遗症期，病情轻，不昏迷的患者，施术宜相对轻一些，并可以上星、印堂替代人中，同样达到醒神调神的作用。

运用醒神和调神大法不仅适应于中风病的针刺治疗，而且在其他各科杂病中，也同样具有重要意义。如治疗顽固性疼痛，石教

授根据《素问·灵兰秘典》"主不明，使道闭塞不通"之意，认为疼痛病机在于各种原因引起的经脉气血运行不畅，而经脉气血的运行又与心的运血、泵血功能和神的调节关系密切。神能导气，气畅则道通，通则不痛，"心寂则痛微"，故治以"调神法"。在原有局部取穴的基础上，重用内关、人中醒神和调神，"调其神，令气易行"，能收"以意通经"而镇痛之效。如治疗小儿遗尿，历代多采用培元补肾，健脾益气，敛肺缩泉诸法。据石教授观察，精神紧张，过度疲惫是小儿遗尿的主要诱因，其病机亦应属于"神乱失职，制理无权"，故在原治疗原则的基础上，主以调神安神，重用人中、印堂、百会等健脑宁心，安神益气之穴，常获佳效。又如治疗耳聋耳鸣，此病日久可使患者精神恍惚，情绪不定，对本证目前国内外尚无好的办法。石教授据《内经》"髓海不足，则脑转耳鸣"，"脑为之不满，耳为之苦鸣"之论，指出其病机为"心神昏瞀，清窍不利"，故治宜健脑聪耳，醒神通窍，临床重用内关、人中、百会等腧穴醒神开窍，配翳风、听宫、听会聪耳通窍，收到良好疗效。此外，石教授以醒神、调神针刺方法还治疗癔病性失明、失语、幻听、幻视、抽搐、痉挛、震颤、瘫痪、呃逆、坐骨神经痛、肩周炎、类风湿性关节炎等，常收桴鼓之效。

寻针刺规范，立手法量学

石教授认为，针灸学属自然科学范畴，应该有自己明确的科学的量学观，并指出："正确的针刺方法的选择，是取得疗效的前提，而针刺量的达到，是获得疗效的关键"。石教授于1981年首次正式提出"针刺手法量学"这一新概念，并提出针刺手法量学的四大要素，即针刺作用力的方向；针刺作用力的大小；针刺施术的时间；针刺施术的间隔时间。以此为依据，石教授在研究"捻转"这一基本针刺手法时，提出了捻转补泻手法的规范。

1. 捻转补泻与作用力方向的关系　以任、督两脉为中心，左右

两侧捻转时，起始作用力的方向，向心者为补，离心者为泻，倒转时自然退回，任督两脉腧穴，则采用迎随补泻，呼吸补泻，平补平泻。这一临床研究，较之古医家“迎夺右而泻凉，随济左而补暖”，“左转从子能外乃主阳，右转从午能内行主阴”及近代“大指向前为补，大指向后为泻”等论述更加具体化、规范化。

2. 捻转补泻与作用力大小的关系　捻转时小幅度、高频率，其限度为 1/2 转，其频率为 120 次/分以上为补，捻转时大幅度、低频率，其限度为 1 转以上，频率在 50～60 次/分为泻。此观点的提出，使古人“捻转幅度小，用力轻为补，捻转幅度大，用力重为泻”的论述，从宏观进入到有数据可循的量学范畴。

3. 捻转手法与最佳针刺施术时间　每个穴位施捻转手法 1～3 分钟时效应最好，这一研究结果是源于对正经 361 穴，经外 50 余穴的逐一考察对比提出的，使古人关于针刺施术时“针几呼”、“留几呼”的时间概念，有了更加科学和准确的定义。

4. 捻转手法与针刺施术间隔时间　石教授通过大量的临床与实验研究证实，两次施术间隔时间的最佳参数为 3～6 小时，这一结果是通过对 50 余种疾病的研究而得出的，这正如同西药药理研究中关于药物有效成份的半衰期研究一样，针刺同样存在针刺效应蓄积的问题，掌握好这一蓄积最佳时机，就能使针刺疗效达到质的飞跃。针刺手法量学的提出，为针灸医学填补了一项空白。

石教授在临床实践中，时刻注意针刺方法的规范，强调量学的重要性，一丝不苟，他指出：“针刺量学的实施，不仅可提高临床疗效，而且可使学生学习时有证可据，有理可依，从而促进针灸学的发展”。石教授在创造“醒脑开窍”针刺法治疗中风时，就对这一方法的腧穴针刺操作进行了严格而科学的规定，在临床运用过程中取得良好疗效，也正因为其有明确的量学规范，便于学习，便于掌握，而使国内外学者纷至沓来，并得以广为传播。为了证实“醒脑开窍”针刺法量学规范的意义，石教授曾经开展了对比研究，结果表

明，量学组无论在临床疗效还是在体内血液流变、血脂等多项指标的改善上，都明显优于非量学组。在研究针刺的时间因素时，如针刺人迎、太渊治疗无脉症，均施手法 1 分钟，即可达到最佳效果；又针刺风池穴以改善脑供血，施术 3 分钟，其脑血流图改变最为明显，施术后 6 小时，其脑供血开始衰减；又如针刺治疗哮喘，施行捻转补法 1～3 分钟以后，肺内哮鸣音逐渐消失，病人症状缓解，最佳有效治疗持续时间达 3～4 小时，可见，石教授所创立的针刺手法量学这一新研究领域，具有十分重要临床实用价值。

尊经络辨证，重经筋调治

石教授认为针灸学有其独特的理论体系和特殊的治疗手段，特别在治疗上是以腧穴经络为基础，这就构成了针刺治疗与中药治疗在作用传导途径上的差异，因此石教授主张重视经络辨证，结合脏腑气血辨证以开展针刺治疗。有鉴于此，石教授十分重视对《灵枢》的研讨，特别是对《灵枢·经脉》篇、《灵枢·经筋》篇之经脉循行和病候，对其进行了深刻剖析和研究，并赋予新的理解和发挥，结合现代医学对诸病证加以相应归类，指导临床治疗，屡获佳效。如治疗坐骨神经痛，石教授根据其病侧疼痛循腰至臀，抵腘达踝，辨为太、少两经的经脉发病，其症状表现与《灵枢·经脉》篇足太阳膀胱经"腰似折，髀不可以曲，腘如结，腨如裂，是为踝厥。"及足少阳胆经"髀、膝外至胫绝骨外踝前及诸节皆痛，小指次指不用。"的病候记载完全相合，故本"经脉所过，主治所及"之旨，取此两经之大肠俞、秩边、委中、阳陵泉四穴，痛久不愈者加人中，往往可收立竿见影的止痛效果。又如治疗周围性面瘫，石教授根据手、足阳明，手、足太阳在头面部的循行经络和经筋多居人体表浅部位的循行特点，认为此乃"真中风"之属，其病理机制为正气本虚，卫阳不固，藩篱失守，风客经筋，至卒口僻，目不合，引颊移口，缓不胜

收，故立“散风通络，疏解经筋”之法，在常规多穴浅刺和多向透刺的基础上，阳白四透（透向头维、上星、睛明、丝竹空），太阳透地仓，加上局部阳明经筋排刺，其疗效尤佳。

石教授遵循经络辨证，倡导经络、经筋排刺等调治方法，还广泛用于其他疾病的治疗，如多发性动脉炎、面肌萎缩、胆石症、便秘、淋巴炎、脊髓炎、肌萎缩侧索硬化等，都取得了良好疗效。

主调气活血，发刺络新旨

石教授遵循《内经》“阴阳相得，合而为痹，内溢于经，外溢于络”之经旨，辨病机，对气血瘀滞或痰湿瘀阻之证，合古代“络刺”与“拔罐”两法为一体，临床用于治疗哮喘、三叉神经痛、面瘫后遗症、带状疱疹、丹毒、臂丛神经痛、静脉炎等20余种疑顽杂症，多获捷效。

刺络一法，源于《灵枢・官针》，作用特点在于泄“阴阳俱有余”而不伤正气，以达到泻热祛邪，活血通络行气之功。要达到这一目的，关键在于掌握刺络时的出血量。关于刺络的出血量，《灵枢・血络论》云：“阴阳俱有余，虽多出血，而弗能虚”。《医学源流》又云：“凡血络有邪者，必尽去之，若血射出而黑，必会变色，见赤为止，否则病必不除而反为害”，均明言血尽方可邪出。石教授认为，应用传统刺络法为血液自然流出，难求其尽，故当施加压之法，于病变部位点刺后置罐拔之，以使瘀血尽祛，邪热尽祛，而新血生矣，同时，医者还可透过玻璃罐直接观察出血量，达到预定标准，即行取罐，故疗效神速。如治疗带状疱疹，石教授认为其病为邪毒炽盛，充斥肌肤，阻滞经络气血，而“不通则痛”，根据《内经》“热则泻之”的原则，治以清热通络，祛瘀止痛，采用刺络拔罐法，在疱疹聚集处用三棱针点刺微见出血后，用闪火法拔罐，沿疱疹分布区将罐作带状排列，每一罐令出血5～10 ml，使血泻邪出而愈。

在刺络拔罐法临床适应症方面，石教授根据清代医家叶天士关于“久病入络”理论，认为凡病迁延不愈，必影响全身气血运行，致气机阻滞，经络闭塞，血瘀不行，故可以刺络拔罐以通气机，活血脉，祛邪扶正，往往收到意想不到的效果。如治疗哮喘，石教授认为，哮喘久病，本虚而标实，应针刺以补肺气，刺络以泻其邪，遂取大杼至膈俞 7 对背俞穴，施毫针针刺以捻转补法 1 分钟，再取两侧肺俞、膈俞，用三棱针点刺 3～5 点，见血后复置玻璃罐，用闪火法拔之，每罐出血量达 10 ml 即行取下，常使患者针后呼吸平稳，心胸豁然，症情大减而收良效。

石教授辛勤耕耘于针灸医学这一独特领域，十分重视临床实践，治病救人，同时又极其关心青年一代医师的成长，著书立说，把宝贵的临床经验和研习心得毫无保留地传授给青年医师，诲人不倦，以惠后学，深值敬佩。

（李　力）

针灸学家阮少南学术经验介绍



阮少南，幼承家学，熟诵《内经》、《难经》、《金匮要略》、《伤寒论》诸典。曾在承淡安先生门下领受教诲。1949年悬壶绍兴。1956年应聘参加绍兴市第一医院工作。1978年调入浙江省中医药研究院。从医40余载，学验颇丰。系浙江省中医药研究院主任医师、教授，兼任浙江省针灸学会副会长，《浙江中医杂志》编委，浙江省政协常委，并获国务院授予"突出贡献专家特殊津贴（甲类）"的殊荣。著有《常见病针灸疗法》、《中国当代针灸名家医案选》、《现代针灸医案选》……，在国内外发表论文多篇。先后带教外国留学生300余名。应邀赴奥地利、澳大利亚、新加坡等国讲学。

阮老在学术上，衷中参西，中西结合，博采众长，注重"辨病"与"辨证"有机结合，讲究手法，选穴少而精，善以针灸特色施治疑顽沉疴。

补泻分明，效若桴鼓

阮老常谓："治病必先辨证审因，按照古训酌思，师古而不泥古，综合分析推理，辨别标本，灵活化裁，庶不致刻舟求剑之误，且可不断扩拓治疗范畴与提高临床疗效"。例如张×，女，68岁。因胃癌而行胃次全切术，术后呕吐不已，先吐尽食物，继则全为黄绿色

苦水。当时西医拟诊为胆汁反流。历2周,经中西医治疗无效。乃邀会诊。诊见老妪胃手术后,面色萎黄乏华,频频呕吐,吐物多为苦汁,时逾旬余,未能制止,腹部创口愈合无殊,口苦且干,然不引饮,虽得矢气,大便未下,仰赖每日输液,未行化疗。舌体略胖,质淡,苔中根淡黄而偏干乏津,脉细弦。拟诊肝木侮土,肝胃失和。取行间、天枢、支沟穴,均针刺行泻法,不留针;取中脘、足三里穴,均针刺行平补平泻手法,留针20分钟。经治1次后,呕吐大减,大便亦下,得能进食且安,3次告愈。此证系肝木偏亢,郁而生火,肝气横逆犯胃,致胃气不得下降而上逆,故呕吐不已;且阳明大肠腑气不通,促使胃逆有增无减。肝为刚脏,应柔宜疏,阳明腑气宜降宜通,故以泄肝清火,和胃通腑之法施治,肝得疏泄,不复侮土,乃釜底抽薪之举;后者,下导腑气得行,则庶免上逆为患耳。

辨证确切,灸愈沉疴

阮老在临证时,注重辨阴阳、脏腑、气血经脉和标本,讲究针刺手法,主张选穴少,能一穴多用。并谓"针刺主要以调节偏胜而起防治疾病和保健作用。若选穴冗繁,则似电路负荷过超,其光必暗弱无疑。若提纲挈领,穴少而精,其效必胜一筹"。临床虽以施针居多,然对灸疗亦无偏废之概。心阳气虚衰甚者,则认为非灸莫属。且云"先人有'针之不治,灸之可为',此指灸疗能去沉疴之述"。施瘢痕灸则主张小炷多壮法,认为如是既可避免减少并发"走黄"之虞,也能减轻灼痛苦楚,并且使疗效无有逊色。例如裘×,女,29岁。3年前因临初产大出血。追后,日渐消瘦,胃纳尚可,神倦无力,月经量少,近年未潮,毛发渐脱,经省级医院检查诊断为席汉氏综合征。然经中西医药治疗乏效。诊见形容憔悴,骨瘦如柴,声低音微,神疲嗜寐,身和无咳,纳可,便调,年来月汛未行,毛脱发稀黄而无泽,肌肤甲错,畏寒喜温,舌质淡嫩,边齿痕,苔薄润,脉濡细。拟气血大虚。

取百会、大椎、膏肓、足三里、命门、中脘、气海穴，行瘢痕灸法，每穴各 7 小壮（如绿豆半粒大小），每月 1 次。经上述灸疗 3 次后，完全康复。此病例系临产血崩，致气随血失，乃呈血气大亏之候，证属虚寒，故以艾灸法施治于督任两脉，俾从阳引阴，从阴引阳。温阳补气以生其血，终使病痊愈。

通权达变，针克顽疾

阮老常说："针灸治病，虽非万病一针，但就其适应范畴和疗效而论，乃极其广泛的。针灸学家在临床上亦有汗法、下法、温法、清法、补法、泄法、和法、散法八法。通过辨别标本，掌握主次，调节偏胜，通权达变，举一反三，灵活化裁运用，予孰针孰灸，恰当施治，实有百利而无一弊。且常能出奇制胜"。例如有一位澳大利亚女孩，17 岁。自幼时始，长期脓尿，经诊断右肾积水，在 9 岁时行右肾切除术。术后仍现脓尿，经诊断左肾积水，而遍医乏术，而来就诊。诊见面黄无华，胃纳欠佳，身和神清，月经后期，量少色淡，大便日下，小便外观偏浊，次数及量无殊，每日自行投放试剂观察尿液，可见脓球反应卌～卌。舌质淡，苔淡黄腻，脉濡细。拟肾气虚惫，兼挟湿热内蕴。取肾俞、京门、太溪、阴谷穴，悉行针刺补法，留针 20 分钟；阴陵泉穴，针刺得气后，行轻泻法，不留针。经首次针治后，次日即以十分惊喜之状相告，谓小便试剂观察，10 多年来首次未见脓细胞出现。经治 1 月，未现脓尿，经检查左肾积水消失。阮老谓："此例肾气虚衰为其病之本，湿热之邪乘虚而入，久羁于内乃其病之标。系虚中挟实，虚实互兼之候。故须标本同治，补泻兼施，补益肾气，缓则治其本也；后者予泻之，以清利内羁旷日持久的湿热邪气，邪去正安，乃治其标也"。

颅脑血肿，针砭消除

阮老尝曰："中西医学各有所长，现代医学固有众多医技，堪为独到之处。诚然中医针灸学术，通过精当施治，对不少器质性的险难危笃之候，而化险为夷，屡起沉疴者，比比皆是，不胜枚举"。例如陈×，男，80岁。因骤发左侧偏头痛，继则左眼上睑下垂，不能上展，且左眼亦无所见。旋即去某医科大学附属医院急诊。经检查及颅脑CT扫描，诊断为左侧颅内血肿。因高年不宜开颅手术清除血肿。乃来就诊。诊见左眼睑垂闭，不能自主上展，左额纹消失，不能展左额、左眉，鼻唇沟无殊，口唇无麻痹态。舌质黯，有瘀点，苔腻，脉滑实，血压正常，四肢活动自如。拟诊为血瘀痰阻脉络隧道。取双风池、丰隆、太冲、至阴穴，均针刺行中度泻法，不留针；左攒竹、阳白穴均针刺行平补平泻法出针。每日1次，经治2月，症状消失，左眼复明，颅脑CT扫描复查，颅内血肿消失。此病例系血挟痰邪瘀阻之实证，致顿作斯候。实则泻之，乃以和血祛瘀，涤痰搜风，上病下治等诸治则施治，乃使康复。

（阮步青　阮步春）

师怀堂主任医师新九针学术经验介绍



师怀堂，1922生，祖籍山西长子县。自幼博览中医经典，弱冠行医于乡里，1953年毕业于北京中央卫生部针灸实验研究班。此后曾任山西省中医研究所副所长兼针灸经络研究室主任、针灸科主任，任山西省针灸学会理事长，中华全国中医学会山西分会副理事长，中国针灸学会理事等职。1984年在太原创办山西省针灸研究所，任该所所长、主任医师。现任国家卫生部医学科学委员会针灸针麻专题委员会委员，中国针灸学会理事，中国针灸学会针法灸法专业委员会委员，国家中医药管理局厦门国际中医培训中心客座教授，山西省中医高级技术职务评审委员会委员，山西省针灸研究所名誉所长，山西省针灸学会名誉理事长，安徽中医学院附属针灸研究所名誉研究员，中国民间中医药开发协会特种针法委员会顾问，美国中国医学研究院顾问，美国波士顿东方文化学院名誉院长等职。致力于新九针的研究，创立了新九针疗法。主要著作有《实用针灸学》、《中国怀堂九针学》等，发表论文100余篇。

新九针疗法是融合中国古代九针遗产与现代医学、科学技术而创立的独特的针灸疗法。这一疗法的基本理论核心是发挥多种针具的特异性与整体性治疗作用，施针原则是辨证(病)施针(不同针具)，针分主辅，合理配伍，系统治疗。新九针疗法打破了传统单

一毫针或单一针具施治的局限，强调多种不同针具的独特与协同治疗作用，从而扩大了针灸的治疗范围，提高了针灸的治疗效果——特别是对某些疑难病证（如术后肠粘连、某些癌前病变等）的治疗效果，并且开拓了针灸外科（特别是肛肠科）、针灸美容、针灸养生康复等新的领域。

师氏镵针

师氏镵针针法是使用师氏镵针划割人体某些部位，如皮肤、口腔粘膜等，从而达到治疗作用的独特的针刺方法。

【适应症】

外感表证，如感冒、发热；多种胃肠疾患，如口腔白斑、胃炎、胃及十二指肠溃疡；某些皮肤病，如脓疱疮、黄褐斑、皮肤瘙痒、带状疱疹。凡是皮肤病均可在耳壳凸起部位进行划割，以隐隐见血为度等。

陶××，男，64 岁，干部。1976 年 1 月 20 日就诊。于 1973 年因患慢性胃炎多年，并发口腔粘膜白斑，面积约 1 cm×4 cm 的条形白斑。经北京××医院诊为口腔粘膜白斑（癌前病变），几经治疗无效。用镵针针头部锋刃，在口腔内颊粘膜的横形条索状或紫斑进行垂直划割，割至血出为度，每针划割长度约 1cm。隔日 1 次，经施治 3 次后局部粘膜白斑消退，胃肠症状消失。经北京××医院复查，确认治愈。随访至今，一切正常。

师氏磁圆梅针

师氏磁圆梅针针法是以师氏磁圆梅针刺激（如叩击、按压、摩擦等）人体体表一定部位（经络、穴位、局部），从而产生治疗作用的

一种独特的针刺方法。

【适应症】

1. 内科病症　糖尿病、胃下垂、急性胃肠炎、慢性胃肠炎、慢性肠炎、泄泻、神经衰弱、动脉炎、静脉炎、动脉硬化等。

2. 外科病症　静脉曲张、软组织损伤、肩周炎、蚊虫叮伤、跌打所致血瘀肿痛、鹅掌风、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、肱骨内上髁炎、肱骨外上髁炎、脱肛、神经性皮炎等。

3. 妇科病症　子宫脱垂、不孕症、赤白带下、附件炎、阴道炎等。

4. 儿科病症　腹泻、遗尿等。

裴××，女，48岁，干部。1982年2月10日就诊。两下肢静脉曲张及腘窝神经性皮炎8年。两下肢憋胀不适，常有沉重感；腘窝处奇痒难忍，且夜间加剧。曾多方求医，经中西药治疗，效果不著。检查见两下肢静脉曲张，呈蚯蚓团样变，局部轻微肿胀；左腘窝处有8 cm×4 cm大小边缘不整的苔藓样变，局部皮肤增厚、脱屑、角化，有抓痕、出血。诊断为下肢静脉曲张和神经性皮炎。下肢静脉曲张用磁圆梅针圆针端在静脉曲张团处，由下而上重叩，叩至皮下出现包块，看不清蚯蚓团状的曲张静脉为度。经叩击1次而愈，随访至今，未再复发。神经性皮炎用磁圆梅针之梅花针端叩击皮炎病变局部（用重度手法叩至屑脱充血）；同时叩击患肢足三阴经（逆经重叩）。以上方法，隔日治疗1次。经施治3次后痒减，皮屑全部脱落；施治10次后恢复正常。3月后随访，未再复发。

师氏锓针

师氏锓针针法是以师氏锓针按压人体体表一定部位（主要是腧穴），从而产生治疗作用的一种独特针刺方法。

【适应症】

1. 常温刺法(冷锓针刺法)　常用于一般内科、儿科病证,如小儿疳积、腹泻、消化不良等和某些外科病证,如关节损伤等。

2. 高温刺法(火锓针刺法)

(1)单纯火锓针刺法　常用于一般外科病症,如小血管瘤、疣赘、浅表色素痣、老年斑、内痔、白癜风、久不愈合的溃疡面、瘘管、肛裂等和某些内科病证,如胃寒、宫冷等。

(2)火锓针-火铍针联合刺法　常用于外痔、皮肤赘生物、高凸的疣瘊、瘤等。

(3)火锓针隔药膏温灸法　常用于风寒湿痹。

黄××,女,60岁,干部。1980年1月11日就诊。昨日坐汽车时右脚关节处挤伤,随即红肿疼痛,无法行走,今日更甚。检查见右脚踝关节处红肿青紫,有压痛,活动时疼痛加剧。诊断为踝关节损伤。用师氏锓针在左手腕同经对应处按压,10分钟后右足脚踝可以活动,但仍不能踩地。继续按压20分钟,同时配以师氏梅花针重叩患处青紫肿痛局部,30分钟后可下床轻微走动。次日肿痛全消。

师氏锋勾针

师氏锋勾针针法是以师氏锋勾针勾刺人体某些部位,从而产生治疗作用的独特针刺方法。

【适应症】

1. 某些急性(或痉挛性)、慢性疾患所致的局部功能障碍及久而不愈的顽固性疼痛　如肩周炎、神经性头痛、腰背肌劳损、腱鞘炎、脑血栓形成后遗症、支气管炎、哮喘、胃痉挛等。

2. 某些急性、感染性疾病　如急性结膜炎、急性扁桃体炎、急性(或慢性)咽炎、休克、暴喑、牙龈炎、化脓性牙龈炎(牙龈脓肿可勾割排脓立见功效)。

张××，女，28岁，干部。1983年1月6日下午就诊。嗓子干燥疼痛4天，喝水吞咽困难，吃饭时疼痛更甚，打针吃药无效。检查见喉头部漫肿，色红，压痛明显，咽喉壁布满滤泡，大如黄豆，脉浮数洪大。诊断为急性咽喉炎。取大椎、天柱、涌泉、少商、商阳勾刺出血，针后患者即能喝水，疼痛减轻；次日复诊，已痊愈如常人。

师氏铍针

师氏铍针针法是将师氏铍针烧灼后烙割人体赘生物和切开排脓的一种独特针法。

【适应症】

主要适用于外科病症，如粉糙瘤、痈疽、动脉瘤、静脉瘤、化脓性乳腺炎、较大的疣赘、肛肠息肉、皮肤良性瘤、陈旧性肛裂、各种外痔、痞子等。

赵××，女，49岁，农民。1981年3月28日就诊。1981年3月初以来自感右乳房外上方生长多年的小瘤，因常常摩擦而感染疼痛，经某医院诊断，欲行手术治疗，因畏惧手术，故要求针灸治疗。检查见右乳房外上皮肤处有一乳头状瘤，直径约2.5 cm，质柔软，蒂长而细，瘤顶红肿。诊断为皮肤乳头状瘤。采用火铍针烙割刺法。先用火铍针齐根烙割病变组织，一针即下，毫无渗血；因烙割速度极快，仅有一瞬间的痛感，而烙割后痛感立即消失，故无需麻醉。然后常规包扎，并告患者无需换药。半年后偶与患者相遇，问及术后情况，答曰：“创面平整如初，未留任何瘢痕”。

师氏火针

师氏火针针法是将师氏火针（包括火鍉针、火铍针、单头火针、

三头火针 4 种类型）烧灼后刺入人体体表或切割、烙烫、烙灼人体某些部位或者病变组织，从而产生治疗作用的一种独特的针刺方法。

【适应症】

1. 深而速刺法　慢性胃肠炎、慢性结肠炎、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、肩周炎、中风后遗症、腰肌劳损、坐骨神经痛、瘫痪、痢疾、外阴白斑、三叉神经痛、脊柱结核、阳痿、慢性盆腔炎、阴道炎、痛经、肌肉风湿、皮下囊肿、滑囊炎、甲状腺囊肿、各类关节积液、化脓性疖痈、化脓性乳腺炎、脂肪瘤、瘰疬、腱鞘炎、腱鞘囊肿、鸡眼、胬肉攀睛、睫毛倒生、眼睑下垂等。

2. 浅而点刺法　各种色素痣、小寻常疣、扁平疣、软疣、小血管瘤、趾指关节炎、顽固性面瘫、久而不愈的溃疡、耳源性眩晕、眶上神经痛、粘膜溃疡、甲癣、末梢神经炎等。

3. 慢而烙灼法　直径大于 5mm 的色素痣、各类疣赘、久不愈合的溃疡、下肢静脉曲张的溃疡、老年斑、雀斑、浅表血管瘤、内痔、肛裂、白癜风（小片形）等。

4. 浅而刮刺法　主要用于治疗较小的黑痣、浅表的雀斑、老年斑等。

5. 三（多）头火针烙灼刺法　主要用于治疗直径在 3mm 以上的黑痣、刺瘊、粘膜溃疡等。

6. 三（多）头火针点灸刺法　主要用于治疗虚寒性胃脘痛、慢性泄泻、风湿性关节炎、四肢顽麻冷痛等。

张××，男，37 岁，农民。1984 年 3 月 20 日就诊。患慢性结肠炎 12 年。间断性腹痛、腹泻，大便不成形，便内有大量粘液和未消化食物；全身乏力，食欲不振，体重下降 13kg。曾往××医院诊治，作纤维结肠镜，诊为慢性结肠炎。经服中西药治疗半年余，稍有好转。1982 年夏季，因吃香瓜 1 只，症状加重，服中药 60 余剂，中药灌肠 2 个月，均无效。症见精神不振，消瘦，畏寒肢冷，乏力，面色无

华，语言低微；下腹部低凹，轻按即触及脊柱，下腹左侧压痛明显。脉沉迟无力，右尺为甚，舌质淡滑，苔白腻。初诊用细火针点刺水分、中脘、天枢、止泻、大肠俞、小肠俞、阴陵泉、命门。5日后二诊，诸症减轻，食欲增加，舌苔转薄，唯存便稀，复用前法再针。又5日后三诊，自诉一切转常，要求再刺，以资巩固，遂又针1次。1年后偶遇患者，询及前疾，言曰：诸症早已全消，行同常人。

师氏梅花针

师氏梅花针治疗范围十分广泛，在临床各科（内、外、妇、儿、皮、骨、眼等），都有广泛的适应证，特别是对心脑血管、神经系统、消化系统疾患，以及血液循环障碍、新陈代谢低下和皮肤疾患等病症具有良好疗效。从中医理论来说，师氏梅花针对气滞血瘀，麻木痿痹等病证具有独特效果。

【适应症】

适用于头痛、头晕、失眠、脑外伤昏迷及其后遗症、结核性脑膜炎及其后遗症、中毒性昏迷（如重度煤气中毒）、脑血管病及其后遗症、脑动脉硬化、感冒、急性支气管炎、慢性支气管炎、哮喘、急性鼻炎、慢性鼻炎、百日咳，急性胃炎、慢性胃炎、过敏性鼻炎、近视眼、急性结膜炎、小儿麻痹、急性神经根炎、面神经麻痹、神经官能症、阵发性心动过速、肌痉挛、神经衰弱、肋间神经痛、癫痫、中风（脑血栓）、肋软骨炎、青光眼、圆形脱发、酒糟鼻、扭伤、小儿腹泻、痢疾、功能性子宫出血等。

张××，女，44岁，农民。1973年12月3日就诊。10年前鼻子开始发红，时轻时重，重时鼻子上起小脓疱，经多次用药无效。检查见鼻子部及两侧、上唇部均发红，并有小脓疱。舌色淡红，脉缓。诊断为酒糟鼻。用师氏梅花针中度手法叩刺局部。以叩至潮红、微出血为度。每日1次。施治5次后，鼻部红色明显减退，治疗10次后，

已与常人无异，为巩固疗效，继续叩刺5次。随访至今，再未复发。

师氏三棱针

【适应症】

1. 静脉点刺法　适用于临床各科病证。

2. 末梢速刺法　适用于临床各科病证。

3. 散刺法　适用于一些外科病证，以及痹证的痛处。

4. 密刺法　适用于皮肤病、周围末梢神经麻痹、顽癣、脑溢血、脑血栓后遗症（尤其是脑血管病后遗症的手足内外翻及运动障碍）等。

李××，女，34岁，工人。1986年11月10日就诊。发作性头痛6年，以两侧鬓角疼痛为明显，多为胀痛，痛时自觉有搏动感。平素头闷不适，大发作时整日卧床不起，恶心，不愿睁眼视物，曾多次求治，服中西药无数，病情无明显好转。诊断为神经性血管性头痛。取三棱针快速点刺两侧太阳穴，出血5 ml；再刺大椎、天柱（双），出血5 ml。隔日1次。第1次针后疼痛明显减轻，自觉头部轻松，精神振作。隔日针第2次后，头部胀痛消失，仅有发闷不适，又用上法治疗2次，疼痛消失。随访2年，未再复发。

师氏圆利针

【适应症】

适用于某些重症、顽症、急症，尤其是某些痛症，如腰腿疼、椎间盘突出、暴痹、顽固性便秘。

张××，男，44岁，干部。1987年4月6日初诊。20余天来大便干硬，每4～5天大便1次。大便粪块硬结，难以排出，服各种润

肠通便药无效。检查见面红，体质中等，心肺无异常发现。舌质红，苔黄燥；脉沉实。诊断为顽固性便秘。取大肠俞，用圆利针快速刺入皮下，进针 1.5 寸，用滞针手法。隔日治疗 1 次。第 1 次治疗后，由原先 4～5 天大便 1 次，转为 2～3 天 1 次。又治疗 3 次后，大便恢复正常(一般每日大便 1 次)。随访至今，再未复发。

师氏毫针"滞针手法"

"滞针手法"是师氏在临床中创造的一种独特的运针手法。这种手法可以持续地产生并保持强烈针感，从而提高疗效。师氏"滞针手法"，几乎在治疗临床各科每种病证时，都为师氏所采用。师氏用"滞针手法"治疗术后肠粘连则更属前所未见的独创。

王××，女，30 岁，教师。1974 年 3 月 5 日就诊。半年前作子宫切除术后，小腹经常隐隐作痛，不敢直立，且咳嗽时加剧。走路时须以手按少腹，方能勉强行走。因痛楚难忍不能工作，曾先后在××医院治疗，建议手术。检查见小腹拒按，刀口处疼痛明显，以手轻轻提拉刀口处皮肤，即感少腹内有牵拉样疼痛。诊为手术后肠粘连。取阿是穴，用"滞针手法"。当针尖刺至腹壁与肠管粘连处后行"滞针手法"，针尖滞住后，轻轻提动针柄，即有明显疼痛与牵拉感，此时当继续单向捻针，把针滞紧；然后用左手食指用力按压进针处皮肤，右手猛然提针，与此同时，立即撤开左手，病人感到患部有撕裂样疼痛感而急呼，此时已将粘连处撕脱。起针后，提拉刀口处皮肤，牵引痛消失，腰部亦可伸直。3 日后复针 1 次，以防再次粘连，并嘱针后多作体操运动。半年后随访，一切恢复正常，早已上班工作。

(师爱玲)

针刺中风后遗症的体会



李忠仁，1942年生，上海市人。1967年毕业于上海第一医学院（现上海医科大学）医疗系，长期热衷于中医。1978年进南京中医学院西学中研究班学习。自步入岐黄以来，旋即在著名针灸学家邱茂良教授门下深造，亲聆教诲，受益良多。1984年开始主持《针灸中风临床及原理研究》（江苏省卫生厅重点科研课题的项目），1991年该成果获江苏省政府科技成果进步奖。已发表论文26篇，其中国外4篇，获省、市优秀论文奖6篇。多次参加国际及国内学术会议。现任江苏省南京中医学院针灸研究所副研究员、副主任医师、研究室副主任，江苏省针灸学会实验针灸学组秘书长，比利时中医杂志编委等职。

针刺治疗中风后遗症，传统医典浩如烟海，特别是近年来，临床研究又有新的进展，但各地临床报道，疗效悬殊较大；许多关键问题均有待商榷。长期以来，笔者通过临症揣摩，并在主持"针刺中风临床及原理研究"课题中，以经方加减变通，辨证施治，不期竟获良效。现将点滴经验和肤浅体会，不揣浅陋，简介如下。

泻阳经补阴经，重视督脉与阳明

经云："知其要者，一言而中，不知其理，流散无穷"。中风至恢

复期及后遗症期，病程缠绵，精气大耗，此时极大部分病人表现为阳亢(实)，阴不足(虚)，病情虚实夹杂；气不充则不利，以致气滞血瘀，经络阻遏。根据中医阴阳互根原则，治疗时应采用泻阳经的穴位为主，如手足阳明经的穴位，如肩髃、肩髎、曲池、手三里、外关、合谷、中渚、环跳、风市、伏兔、委中、阳陵泉、足三里、悬中、承山等，深刺透穴；补阴经的穴位，如极泉、曲泽、少海、内关、劳宫、阴陵泉、曲泉、三阴交、太溪等；以使其阴阳得到平衡，气血通畅，营和卫调。如果单独取阳经穴位，泻其阳亢的部分，那么没有合理地调整阴虚不足的部分，临床的疗效缓慢而不理想；特别对于拘挛型的病人，如上臂内收握拳，五指不伸；下肢内收，走路跛弧形患者更有必要。由于中风患者早期气血失调，气滞血瘀，筋脉失养，经络闭塞，发生偏瘫；日久气血双虚，阳病及阴，肝肾受损，精血两伤，经络受阻，不能营养筋骨、肌肉，肢体痿弱偏废或拘急强硬，应参照"痿症"大法论治。督脉循经贯脊，统帅全身阳气，又称阳经之海，针刺督脉穴位，既能培补真阳，补髓益脑，醒脑开窍，又可疏通经气，使之贯通，阳气通达则痿症可愈。中风后期针刺督脉穴位如风府、大椎、身柱、筋缩、腰阳关、命门等，常收出奇制胜的效果。《素问·痿论》云"治痿独取阳明"仍为本病治疗的宗旨。祖国医学认为："风病多在阳经"，"阳明为多血多气之经"，"阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨，而利机关也"，"血行风自灭"。阳明经气血通畅则正气强盛而机体功能易于恢复，故三阳经中，以阳明为主治关键。根据上下肢体经脉循行路线不同分取手足阳明经的穴位，使标本兼顾，气血津液各归其道，起调和血脉，疏通气血，经络畅通，偏瘫痿症康复的目的。现将我们的立法处方于下，仅供同道参考。

基本方　风府、风池、曲池、三阴交、足三里、太溪。

随症加减　上肢瘫取颈臂、合谷、绝骨透承山；下肢瘫取环跳、委中、阳陵泉透阴陵泉；中枢性面瘫取合谷、地仓透颊车；舌强语涩取海泉、廉泉(合谷刺)。

陈××，男，57 岁。2 月前因“右椎-基底动脉血栓”肌力Ⅰ～Ⅱ°住当地医院，中西医结合治疗，半月后毫无进展，自觉加重，遂转入我院针灸病房诊治。入院时，神清，自觉头昏目眩，舌强语涩，口干，腰酸，左肢体偏瘫，上肢内收握拳，五指不伸，肌肉拘挛，肌力Ⅰ°，下肢肌张力增高，肌力Ⅱ°，足内翻，脉细数，舌红苔腻。此乃病久体虚，肝肾精气受损，气血壅滞，筋脉失于荣养，阴阳失和所致；治以补肝肾，调阴阳，疏经活血。取补肝肾精气的肝俞、肾俞（用补法）外，遂取上述治瘫处方，并随症加减，加督脉腰阳关；治疗 8 天，诸证均好转，35 天后，舌能吐字，上肢肌力恢复至Ⅳ°，下肢肌力恢复至Ⅴ°，生活基本自理，症状改善，基本痊愈出院。

穴随症转，灵活加减

我们的实验研究与临床经验亦已证实，针刺中风的某些穴位，能在中风患者机体调衡中，以其极小的能量，激发出巨大的生理、生化效应。这些腧穴的功能，如能灵活应用，疗效往往可以倍增。

1. 经验穴位

（1）三阴交　三阴交是足三阴交会穴；中风病因、病机涉及三经，针刺该穴，一针调通三经之气，可治肝、脾、肾三经之病变。该穴可起平肝熄风，健脾益肾之作用，并且还有补肾滋阳，生髓醒脑的功能。髓生精，精生髓；脑为髓海，髓海有余，则可促进大脑生理功能的恢复。据有关研究，该穴可促进脑循环，增加灌流量及改善血管弹性，降低外周阻力；配合有关穴位，该穴可降脂，降压，降血糖，改善血液流变学的机能状态，利尿脱水，扩张下肢血管及松弛肌肉的作用。我们用该穴总共治疗 500 余人次的中型中风偏瘫足内翻患者，针刺得气同时伴瞬间内翻的足外翻者 413 次，有效率 83%左右。此穴系我们治疗中风后遗症患者的必选之穴。

（2）环跳、风市、阳陵泉、悬钟、风门、太冲、足临泣等穴　环跳、

风市、阳陵泉、悬钟透刺，能逐下肢之风邪起舒筋活络作用；风门为治风邪之穴而治本；太冲、足临泣两穴，调整肝胆两经之气，生气血，强筋骨，调整阴阳，是恢复肢瘫的又一对得效穴。

（3）中渚、三间、后溪等穴　中渚透刺，疏经活络，可改善中风手指僵硬的功能。三间透后溪对手指不用有一定的疗效。

（4）奇穴与单穴的临床应用　舌下针刺海泉穴主治中风后遗舌强不语，手指功能不用，具有降气，化痰熄风，开窍醒神，宁心，协调阴阳逆乱之功能。

点刺经外奇穴颈臂穴，主治假性球麻痹、上肢瘫痪、手臂麻木，得气即止。

廉泉穴“合谷刺“，祛风痰，和气血，开舌窍，缓解舌肌拘紧痹阻，治疗中风患者运动性失语有奇效。

少商点刺放血，通经气，活气血，泄肺热，通窍络，苏厥逆，利咽喉，消肿痛，对中风患者上肢肢体麻木疗效满意。每次疗效只能维持 6～8 小时，10 次以后才能彻底改善。

2. 本实验室的研究

（1）调整血压的穴位　百会、尺泽、内关、手三里、曲池、人迎、三阴交、颈臂、人中、涌泉、肩外俞、太冲、太溪等穴。

（2）促使脑电及诱发电位有序化　百会、风府、风池、人迎、颊车、下关、通里、神门、足三里、颈臂、海泉、三阴交、大陵等穴。

（3）增强脑血流量的振幅　合谷、肩髃、足三里、丰隆、翳风、风府、风池、阳陵泉、百会、三阴交、大椎、太冲等穴。

（4）降脂作用　足三里、内关、三阴交、曲池、丰隆、太白、悬钟等 30 余个穴。

（5）改善血液流变学中的血粘度　风府、风池、海泉、足三里、内关、三阴交、血海、膈俞、脾俞、丰隆等穴。

（6）改善肌电图　海泉、颈臂、玉枕、百会、大椎、肾俞、承山、足三里等穴。

(7)改善微循环　海泉、颈臂、神庭、人中、内关、足三里、三阴交、绝骨等穴。

李××,男,68岁。因"左基底节脑梗塞"经×××总医院急诊抢救后第10天,留有右侧偏瘫后遗症伴严重足内翻,上下肢肌力均为Ⅰ°,入我附属医院针灸治疗。入院时诊,神清面赤,右侧偏瘫伴足内翻(重度),肌力为Ⅱ°。舌红苔腻,脉弦缓。血压20/13 kPa;全血比粘度5.9,血浆比粘度1.6,血沉26 mm/h,还原粘度12;血清总胆固醇184 mg%,甘油三脂150 mg%,脑血流图检查,血流量减少,阻力及紧张度增高,以左侧为甚。辨证为肝风夹痰,窜于经络,气血失调,运行不畅。治拟平肝熄风,化痰通络。入院后偏瘫后遗症按本文辨证常规处方施治,3日后诸症显著改善,唯足内翻依旧,遂用单穴三阴交补法针刺,每日3次,每次半小时。初针即感足似自动外翻并略感轻松,针后3天,足内翻转中度,足趾也略微动。另处方中又对症加减穴位,人迎以降压,丰隆以降脂,大椎改善脑血流及肌电图;13天后,患者偏瘫下肢完全康复(Ⅳ°),足内翻基本纠正,并下床活动。复查全血粘度为4.05,血浆比粘度1.17,血沉为20 mm/h,还原粘度为7.4,血清胆固醇168 mg%,甘油三脂123 mg%,血压及脑血流图基本正常。高兴之余,并求能给予偏瘫上肢施以奇效,遂采用颈臂点刺,得气即止;海泉穴合谷刺,条口透承山,每日2次,每次半小时,继续住院15天,上肢功能初见效果;并能抓握大件物体,满意而归。

针刺方法及手法

1.基本法规　由于本病在出现瘫痪后,病程较长,多属虚证,故针治时多运用补的手法;但如初病,邪气未净,虚实互见的又需灵活掌握,采用浅刺多针,不留针或少留针的方法。一般均以平补平泻以通经气;若正气虚弱者刺激宜轻。一般对瘫痪不能运动的宜

针灸并用或单纯施灸，拘挛的宜单刺不灸，可酌用较强刺激以舒筋之挛急；病久或久治不愈宜先取健侧后取患侧，健侧单刺不灸，患侧针灸并用，深刺透穴。

2. 深刺透穴　对筋脉拘挛而影响肢体功能者，治疗中也宜采用“关刺法”，深刺透穴，通利关节，如肩内陵透极泉、曲池透少海、内关透支沟、三间透劳宫、后溪透少府、环跳透承扶、阴陵泉透阳陵泉、三阴交透绝骨（促进上肢外展举直）、太溪透昆仑、条口透承山（促进上肢前屈举直）、太白透涌泉等。透穴，具有取穴少，免伤卫气，一针贯双穴，沟通两经，部位多在关节经脉汇集处，可滑利枢机，舒筋活络，调补气血，对于病程日久，关节曲伸不利者尤为适宜，偏瘫透刺优于循经针刺。

3. 刺激量　一定的情况下，疗程过短，则影响疗效。合理延长疗程才能提高疗效；刺激量不足，次数太少则影响疗效，蓄积针刺，增加刺激量则能提高疗效。一般以每日 1～2 次，留针 20～30 分钟，每周 5 次，每月为 1 疗程，每次取穴 6～8 穴为宜。中间休息 1 周后，再继续下一疗程，最多 3 个疗程，否则，穴位下的针刺疤痕众多会降低疗效。

4. 几点体会

（1）气至有效　《灵枢·九针十二原》云：“为刺要，气至而有效。”因此针刺穴位针感传导到患部才有效，适当选择神经主干及分支周围感觉敏锐的穴位，如颈臂、极泉、环跳、委中等，施以通行气血的手法，易于得气；针感强，经络易于疏通，这对肢体功能改善确有良效。

（2）针感　针刺治疗中，针感发生的情况对初步估计神经损伤和肢体康复程度极为重要。对运动功能障碍者，针感最好易向远端传导；对感觉障碍者，针感易向近端传导；针刺健侧，患肢反射增强，这提示患侧肢体经针刺治疗后，功能将很快恢复。

（3）活动　留针期间，有目的地活动被刺的躯体可使经脉疏

通，加速气血运行，可利通达病所。

（4）增加刺激量　适当应用电针以增加刺激量，对某些顽固病例，效果较好。

主辅相配，相得益彰

1. 头皮针　取偏瘫对侧的运动区、感觉区、血管舒张区和语言区，能促使肢体痉挛缓解，肌力增强，功能改善。但维持时间不长，可随疗程增加而巩固，顽固病例可予以试用。

2. 舌下针　可调脏腑气血以治本，疏通十二经脉经气以治标，上焦气机得宣，痰浊瘀血得清，开窍醒脑，经气调和，阴阳平衡，对改善舌强不语，假性球麻痹及握力提高，疗效较佳。

3. 耳针　“耳者，宗脉之所聚”，利用各种方法刺激耳穴，能改善机体脏腑功能，但疗效并不稳定。

4. 意念导引　留针时让病人闭目静坐，全身放松，意念随针刺而行，则自觉病气从躯体及腿足而出，这对激发和疏通经气传感及调整脏腑功能有利。

5. 推拿　施术以肌表，通达肌里，由浅入深，催气促血，使之气血流通，活血化瘀，促使肢体功能恢复，对防止肢体肌肉、肌腱、韧带粘连和萎缩，均可起重要作用。对早期中风后遗症效果满意。

笔者认为，试用上述方法治疗中风后遗症确实有一定作用，但尚难肯定某一种疗法具有特效。若综合多种疗法，以针刺为主，上述疗法为辅，互相配合，交替使用，可以提高疗效。

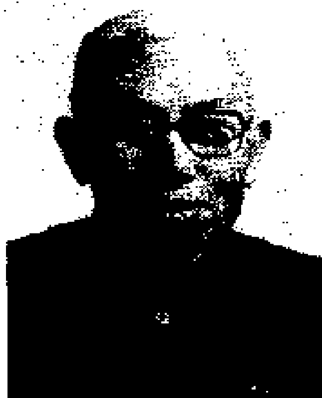
并发症的处理及护理

在中风后遗症的治疗中，并发症的处理及护理均是影响疗效

的关键，有时可能起着决定性作用，必须兼顾，酌情处理。常见的并发症如高血压、精神症状、糖尿病、高血脂等。另外还必须注意饮食调摄，功能锻炼等方面的护理工作，这样才能使针刺中风后遗症的疗效发挥出最高水平，更能尽快促使病人康复。

（李忠仁）

陈大中教授学术经验介绍



陈大中，1909年生，无锡大陈巷人。先后师从无锡名医张继録和陈鼎昌，分别学习针灸和中医内科。1936年起在无锡、上海等地行医。1954年起到上海广慈医院针灸科工作，直至1989年退休。任上海第二医科大学教授、硕士研究生导师。曾任上海广慈医院（现上海市瑞金医院）针灸科主任，上海市政协第五、六届委员，全国针灸学会第一届委员，上海市针灸学会副主任委员，上海第二医科大学学术委员，上海市卫生局中医药人员学术鉴定委员，上海针灸杂志编委副主任等职。曾多次出国讲学，并受到比利时国王的接见，被聘为意大利针灸学会荣誉会员。他曾为全国中医院校主编教材《针灸学》、《针灸手册》、《针灸讲义》、《针灸图谱》。他研究的《导气疗法治疗慢性腹泻临床观察及其机理探讨》课题，获1985年上海市中医、中西医结合科研成果二等奖。

陈老具有敏捷的思路，丰富的想象，勇敢的开拓精神和独特的创造性成果，素为针灸同道所注目。尤其是导气疗法、代针丸疗法、疤痕灸治疗高血压等成果，更为学术界所称道。他主张临证要仔细辨证，重视补泻，方能出奇制胜，取得良好疗效。

创立导气法

1974年陈老提出了导气疗法的设想。陈老认为中医的气与现代医学中的生物场是异名同义，气是人体各部分生物电讯号及其他能量的体现。他与其他科研人员密切合作，创制了导气治疗仪。在临床应用时，把健康人的正常外气——生物电频谱输入到导气仪中，经仪器调制放大后再输入到病人相应的经络穴位上。使这一健康之气与患者经络中的内气相耦合，激发患者体内的生物场，调动潜在的防御功能，矫正病变的生物场频谱，从而达到扶正祛邪的目的(其中导气治疗仪产生的作用，仅类似于无线电技术中的“载波”，并无刺激发生器的效应)。

5年多的时间里，在四省一市十二个医疗单位进行了7 000余人次的临床试验，实践结果证明导气疗法可获得较满意的疗效。例如对61例慢性腹泻病人进行临床观察，有效率达91%，cAMP的上升与cGMP的下降同治疗前相比，均有非常显著的差异($P<0.001$)。对其中的肠功能紊乱、菌痢后遗症等尤有良好的疗效。另外，对于恶性嗜铬细胞瘤、胃癌、幼儿下肢瘫痪、食管裂孔疝导致的呕吐等疑难杂症亦有佳效。导气疗法对幼儿则可起到保健作用。

陈老又与其他科研人员合作进行动物实验，结果显示，导气前狗的肠蠕动为冲波，导气后变为分节波，此时胰蛋白酶、胰淀粉酶升高3～4倍；导气前肠蠕动平均间隔为3～5分钟，导气后延长为25～35分钟。

具体治疗方法是将导气仪的阳极安置在患者病变部位的相应穴位上，阴极握在导出者(健康人)手掌中，导出者另一手掌按压在患者的辅助经穴(如劳宫穴)上。每日1次，每次30分钟，6次为一疗程。陈老认为导气法疗效的高低与导出者的体质强弱有十分密切的关系，而与男女性别无关。导出者(健康人)以年轻力壮为理想。如果导出者以前患过与患者相同的疾病，那么他就不能作为

导出者。对于经2次导治后未见疗效者，则当另换1位导出者。对导出者的实验室测试表明，导出前后相比，cAMP、cGMP虽然有所下降，但无明显差异，说明对健康人无明显副作用。

导气疗法不必打针，勿需服药，安全无痛，经济简便。导气仪携带方便，病人不必出门，只要在自己病床上就能得到治疗，故深受病人的欢迎。导气疗法的成功也引起了有关专家的重视。

发明代针丸

60年代，陈老创造了代针丸疗法，取得了良好的疗效。代针丸的配方是生麻黄、川桂枝、雄黄、荜拨、皂角刺各60 g，火硝3 g、杜蟾酥15 g、麝香6 g、制乳没各15 g。上药共研细末，另用蟾酥6 g，陈酒化开，制成细丸，如凤仙籽大，烘干贮于瓶中备用。先作辨证选穴，然后用胶布直接封固1粒药丸于穴上，3～7天更换药丸1次。也可在针刺后再如法使用上述药丸，则能提高和巩固疗效。药物通过皮肤，进入穴位，疏通了经络，调畅了气机，达到了治疗相应病证的目的。

代针丸适用于一切针灸有效的慢性疾病。经观察对失眠、夜尿、筋骨酸痛、高血压、哮喘等病有效率为76%。用代针丸加针刺的办法治疗上述疾病，以及阑尾炎、胆囊炎、胃脘痛、伤风、头痛等病有效率达87%。代针丸尤其适宜于小儿和畏惧针灸的患者，也适宜于不能坚持经常就诊的慢性病患者。对于皮肤过敏者可以采用间歇贴敷法，以防止局部皮疹和脓泡的发生。

化脓灸法治疗高血压

50年代陈老在临床上观察到中风病人有一个共同的特征，

即中风暴发时在他们身上找不到一块或大或小的溃疡，这引起了他的兴趣。他想，在高血压病人身上用艾灸发疮，制造人为的溃疡，能否预防中风暴发?《针灸大成》载道："未中风时……宜急灸三里绝骨四处各三壮……常令两足有灸疮为妙。"这一记载也给了陈老很大的启发。于是他就在自己身上作试验，结果他多年的高血压得到了控制，全身症状得到了改善，他的思路得到了证实，因此他就在临床上将这一方法逐步推广开来。

陈老曾对54例高血压患者施予化脓灸，结果这些患者的血压显著下降，血液粘度和脑血流图皆有明显改善，并有十分显著的差异。灸治后的17年中，54例患者中仅5例暴发了中风危象，而对照组的12例患者中则有4例得了脑血管意外。可见化脓灸可以扩张血管，降低血粘滞度，从而达到降低血压，预防中风的目的。

艾灸的穴位是足三里、绝骨，每天灸2穴，左右交叉(即首次灸左三里、右绝骨；下次则灸右三里、左绝骨，余类推)。灸治方法是把纯艾绒作成麦粒大小的艾炷，粘放在穴位上作直接灸，每穴每次灸3～7壮，并用疾吹其火的泻法。灸后贴橡皮胶布以发灸疮，每日换胶布1次。以灸后3天内未发灸疮则应继续再灸。灸疮愈合后也可复灸。患者身上以经常保持有灸疮为妙。灸疮愈合后可在该穴上复灸。以经常保持有灸疮为妙。

化脓灸治疗高血压预防中风，有简便廉验四大优点，目前正在临床上推广应用。

辨证施治除祛疑难病

陈老一贯强调，对于疑难杂症必须用辨证施治的方法，才能取得良好的疗效。临证当采用经络辨证、脏腑辨证、六淫辨证、气血津液辨证、八纲辨证等相结合的诊断方法，然后根据辨证结果选用相应的穴位，配合适当的操作方法，以求达到治疗目的。对于敏感的

"易得气者"可用少针少留的方法；对于不敏感的"久候气而气不至者"，当用多针久留的方法，并施予雀啄、捻转、弹拨等催气方法。针刺的补泻有提插、捻转、迎随、徐疾、呼吸、子母、开阖等方法；艾灸的补泻则是以"毋吹其火"为补，"疾吹其火"为泻。这些都可在治疗时选择使用。

例如对于顽固性头痛，陈老分成5种类型分而治之。肝郁导致的巅顶剧痛，针行间、劳宫、公孙，均用泻法；灸命门，亦用泻法。血虚引起的左侧偏头痛，针三阴交、足三里、内关，用补法；针左风池、悬颅，用先补后泻法。血瘀阻络产生的满头胀痛，刺至阴放血15滴；针合谷，先泻后补；针三阴交先补后泻。阴虚阳亢所致的后项强痛，采用灵龟八法，配合辨证取穴。寒湿引起的头重如裹，针阴陵泉、水泉，用泻法；灸大椎、百会，用补法。

又如对于痹证，陈老认为当按痹痛部位循经取穴，再适当选取局部穴位。如行痹，先针风府以祛风，再配有关经穴先泻后补，不作留针；如痛痹，上肢痛取外关、曲池，下肢痛取阳陵泉、足临泣，再取有关穴位，用提插泻法，留针30分钟；如着痹，则在小关节肿痛处用麦粒大艾炷作直接灸3～7壮，再选用相关经穴，用温针或留针加火罐；如热痹，则取病痛部位所涉经络的井穴，放血15滴以上，再对有关经穴用提插泻法，不留针。陈老与其他医生合作，用上述方法治疗痹证2 002例，总有效率达93%，而中药对照组的有效率仅45%，有非常显著差异。

（刘立公　郑魁红）

陈作霖先生学术经验介绍



陈作霖，江苏武进人。1925年出生于中医世家，父陈耀堂，为沪上名医丁甘仁先生之门人。1944年毕业于上海中医学院，1946年通过国民党考试院全国中医考试，1955年参加上海铁路局中心医院工作至今，1960年出席上海市群英会。历任上海铁路局中心医院针灸科主任，铁道医学院针灸教研组副主任、教授、主任医师。现任中国针灸学会理事，上海市针灸学会副理事长兼组织部长。由于学术经验丰富，基础理论扎实，治疗别出蹊径，善治疑难杂症，深受病员爱戴，也是我们初入杏林者的好老师。

陈老幼承家学，探《灵枢》，问《甲乙》，悉心钻研，善长辨证，取穴少而精全，博采众长，主张以针灸为主，药物为辅，体现了脏腑辨证与经络辨证同参；情志病以厥阴为主；重后天以脾胃为本，充养先天；疑难杂症则以手法为主的四大学术风格。因此名噪沪上，为针灸界的巨擘。

脏腑辨证与经络辨证同参

辨证论治是认识疾病和解除疾病的过程，是中医治疗的根本。陈老认为，在针灸临床中，脏腑辨证和经络辨证，当相互为用，不可

有所偏废。如患者邱××，女，51岁。经断半年，烦躁，胁胀，半年来每晚睡后两足背第1～2趾间抽痛，并沿肝经上行至乳下（相当于期门处）而止，每晚痛作3～4次，影响睡眠。舌苔薄黄，舌边有紫瘀点，脉弦细。其症状为更年期之反应。据其烦躁胁胀，经水适断及痛作在晚，辨证当为肝气失于调畅，肝血瘀阻。"痛循肝经而作"，既为体征，又为辨经依据。脏腑辨证与经络辨证同参，病在于肝而从肝治。针太冲、期门、阳陵泉。2次后抽痛减轻，每晚仅作1次。针4次后，诸症皆愈。如辨证有误，则直接影响临床疗效。有一患者，两胁胀痛，脘腹不适，口苦纳少，神疲乏力。苔黄腻，脉弦滑。病属肝胆湿热。前医因经有"诸湿肿满，皆属于脾"之说，故先予清化脾胃湿热之法治之，取中脘、足三里、阴陵泉、丰隆、内关。针3次后，症状丝毫未减。陈老据患者两胁胀痛，口苦纳少，辨为胆失中清后影响及脾所致，乃从利胆入手，去足三里，加阳陵泉，针1次，疼痛已去其半，续针2次，痛止，苔腻亦化，胃纳已增，神疲亦健。

经络循行于周身，无处不到，但各有脏腑络属与分布循行，故在运动系统病则以辨经脉为主，古有"经脉所过，主治所及"之说，根据经脉理论，阳明行于身之前，少阳行于身之侧，太阳行于身之后。因此，在临床中对于经络病变，陈老主张辨其经络而以远道穴位治之。远道取穴，关键在于辨经正确。针在远道，一则以疏通经气，行气活血，二则又便于患者活动局部。陈老曾作急性腰扭伤300例疗效分析，总结出3个有效远道穴位，病在足太阳经者取后溪穴；病在督脉者取人中穴；病在足太阳涉及足少阳者（痛在脊柱外侧，连及臀部和大腿）取腰痛穴。对于一些局部疼痛在四肢的症候，陈老还擅用对应点针疗。如足跟痛影响行走者，不论病在滑囊或脂肪垫等，只要疼痛发作，便在同侧掌根相应点针刺，留针时嘱患者行走，至痛止起针。这种治疗方法虽难解释，但常能出奇制胜，立竿见影，所以在临床上，陈老也多用之。痛在上肢者，取同侧下肢对应点；痛在下肢者，取同侧上肢对应点。屡见收效。

情志病以厥阴为主

《素问·阴阳应象大论》:"人有五脏化五气,以生喜怒愁忧恐"也。情志不和,虽可影响到五脏六腑,但主要与心、肝有关。在日常生活中,喜怒是最易出现的情志病变。"喜伤心","怒伤肝",心肝多为情志所伤。心肝两脏,归经皆为厥阴,经气相通,故凡临床症起情志不和或症在心肝,见有情志异常者,陈老必取厥阴治。其中疏肝必取太冲,内关多与之相配伍为用。太冲为足厥阴肝经原穴,脏病取原。肝气郁积,太冲取之调肝经之气;肝血瘀滞,则以太冲化瘀停滞。内关为手厥阴心包经络穴,气通三焦,三焦主气,厥阴主血,内关可兼施。内关又通阴维,能宽胸理气。两穴同在厥阴,同气相求,配伍应用以增强疏肝解郁之功。太冲相配内关,陈老用于许多疾病,如厥阴头痛、乳痈,肝郁犯脾之泄泻、呕吐,肝胆湿热之胁痛等,病多与情志有关。主治病在厥阴,据病情轻重,病位,症状之不等而配用其他不同之穴。曾治患者刘××,男,60岁。大腹胀满已半年余,烦躁,多恶梦,夜卧不安,不欲纳食,甚至厌恶,大便秘结,体重剧降。脉弦细,苔薄黄。证由心情抑郁,情志不畅,肝失疏泄,横逆犯脾。治予疏肝健脾,取足三里、三阴交、太冲。针后腹胀较舒,睡眠欠佳,仍有恶梦。二诊加内关、阴陵泉。针后腹胀减轻,饮食有增。三诊仍予上穴治疗,腹胀基本消除,睡眠安宁,恶梦未作,胃纳已好。四诊去内关、太冲。续针10次,余症大为好转,乃嘱早晚用艾条自灸双隐白穴各5分钟。14天后食欲正常,腹胀已除。

重后天以脾胃为本

"夫精者,身之本也","肾主藏精",为人先天之本,脾胃为"水

谷之海”，“气血生化之源”，为后天之本。精者，乃构成人体的基本物质，又为人体各种生理机能的物质基础。先天之精，与生俱来，藏于肾中；后天之精，源于饮食水谷，由脾胃生化而得。先天之精有赖于后天之精以充养；后天之精，全仗于先天之精以蒸煦。在临床上，陈老多注重补益人体之后天。陈老认为，人之生，先天之精已成，而后天之本当善调之。饮食入胃，若脾胃健运，则水谷得化，精微得输，五脏得养，人体得充。即所谓“胃气壮，五脏六腑皆壮也”，故陈老对一些体虚、消瘦、失眠等属气血生化无源，精微不足充养者，多从脾胃入手。尤其当患者年逾不惑之时，陈老认为，人随时日而年长，体力则随而耗之，便当充其后天，生其气血，调其阴阳。如有 1 例失眠，姚××，女，48 岁。失眠已有 7～8 年之久，每晚仅能入睡 2～3 小时。平素心悸，纳食无味，四肢乏力。检之舌质淡，苔薄，脉细软无力。诊为心脾血虚。脾气虚弱，不能运化水谷，则气血化源不足。心主血而藏神，心血不足，无以养心，神不安则不思睡。治重健脾胃，生气血，兼以安心神。针足三里、三阴交、神门，针 3 次后，可睡 5 小时左右，针 5 次后已能睡 6～7 小时，余症均除，针 10 次后而愈。

在临床上，不仅消化系统疾患可从脾胃两经论治，凡属脾胃运化失司，气血生化障碍的体虚之人，陈老都以脾胃治之。脾胃健运，生化有源，气血旺盛，则诸疾痊愈有望。在取穴上，足三里为陈老多用，如遇虚寒之象，更加温针疗之。但足三里并不当补气血之专穴。陈老认为，穴位之于病证，关键在于接受适当刺激来调整经络之气。脾阳多损，元气常耗，虚证为多，故为补虚多用。“实则泻之，虚则补之”，故同为足三里，虚证可用，实证亦可取之。如有一患者，劳××，男，61 岁。右足背痛，肿胀强直，不能步行，检之痛在阳明之分，局部红肿热感。诊为右足背滑膜炎。证属风热流注于足阳明之络，气血运行阻滞不通，穴取足三里、内庭以泄阳明过盛之经气，气行则血行。此例留针 20 分钟，疼痛减轻，能缓步行走。

治杂病以手法为主

针灸补泻手法在临床中有其一定的实用价值。《金针赋》:"观夫针道,捷法最奇,须要明夫补泻,方可起于倾危"。说明掌握补泻手法是决定针刺疗效的重要关键。陈老认为,正确运用针灸补泻手法,对治疗效果确实有一定的作用,运用补泻手法,疗效比不用补泻手法为高,特别在治疗疑难杂病时更为突出。有前列腺肥大患者,白天尿液失控,淋漓不尽2～3年,夜间又尿漏,陈老运用烧山火手法治疗,仅6次,症状消失。又如周××,男,44岁。患者突觉咽喉干燥毛糙,伴有梗阻不适,甚则疼痛,曾经中西药物治疗1月余,未见好转,且有增剧之象。后经针灸治疗,前医取鱼际、列缺、合谷、廉泉、太冲、内关、照海、太溪等穴,治疗数次未效。于半年后由前医陪同来陈老处针治,检之患者两侧咽喉充血(+),舌质偏红,干而少津,脉细数。参脉辨证,属病久阴伤,肾阴不足而虚阳上浮。足少阴三脉上循至咽,夹舌本;肺肾同源,肺气亦虚,不能为胃行其津液,故见咽红津少。前医处方立法尚合病机,缘何无效,颇费斟酌。陈老仍遵前医之法,以《内经》"阴刺"佐以手法以观其效。取天容(泻)、列缺(平补平泻)、太溪为双手同时进针,行"九六"提插补法,约1分钟,患者诉咽喉有津液滋润,甚舒适,毛糙感几近消失,留针20分钟,上法续治8次而愈,6个月后随访,患者诉仅在劳累及晚睡不佳时偶有不适。本例由于肾阴不足,久则肾阴更虚,虚火循足少阴之脉上循至咽,致咽部干燥毛糙;复由肺气亦虚,失其输布之功,故立法以养阴清肺为主,由于前医亦曾取此数穴,但未用手法,均在得气后留针,未能激发肺肾经气,故虽治而未效。天容穴以清利咽部之热;列缺为手太阴经之络,通于任脉,取其益肺养阴,助肺输布之功;太溪为足少阴之俞,足少阴之经斜入足心,上行至咽挟舌本,用"阴刺"法以激发足少阴经气,以获养阴生津之功。

(陆 箐)

针灸学家杨永璇学术经验简介



杨永璇(1901—1981),号静斋,上海南汇县人。幼读私塾10年,17岁受业于浦东唐家花园针灸名医王诵愚先生。1921年学成,返回周浦以“针灸疯科方脉”悬壶应诊。1937年迁居上海行医。建国后率先参加国家医院工作,历任上海市中医门诊部义务特约医师,上海市第十一人民医院针灸科主任,上海市针灸研究所副所长,上海中医学院针灸系副主任,上海中医学院附属曙光医院针灸科主任,主任医师,顾问等职;并任上海市中医学会常务理事,针灸科学会主任委员,中国针灸学会委员,《上海中医药杂志》编委,上海市第三、四、五届政协委员。1955年被评为上海市先进卫生工作者,受到陈毅市长嘉奖和周恩来总理接见。主要著作有《针灸治验录》(1965年)、《杨永璇中医针灸经验选》(1984年获上海市中医、中西医结合科研成果三等奖)。

永璇公幼读诗书,长而习医,博览群书,撷取众长,融会贯通,为己所用,擅长针灸,通晓方脉,临诊时按脉察舌,详审病因,辨证精确,论治恰当,治疗时根据病情,温针艾灸,刺罐结合,注重手法,善用补泻,治法多样,择善而施,形成针药并用,内外同治,千方百计提高疗效的独特医疗风格,卓而不群,自成一家,成为上海杨氏针灸疯科的创始人。毕生致力于中医针灸事业60年,医术精湛,医德高尚,学识渊博,经验丰富,仅选数则,介绍如下,勉为抛砖引玉。

针药并用

遵循《千金要方》"知针知药"，《资生经》"针灸须药"，《针灸大成》"针灸药者，医家之不可缺一"的教导，永璇公临证以针、灸、拔火罐为主要治疗手段，兼用汤药丸散，膏滋药酒，熨引薰洗，外敷搽擦等多种治疗方法，根据临床辨证，因人因病而施。如遇急性腰扭伤不能动弹，咳嚏引痛者，针刺人中、委中，用捻旋泻法不留针，再在疼痛局部取穴，针后加拔火罐，可立见松动；药用白芥子、延胡索、浙贝母、越鞠丸煎服即愈。又如热痹之证，起病急骤，关节灼热红肿疼痛，甚则走窜全身，口渴胸闷，体温可达 40℃以上。针取风池、大椎、内关、合谷及病灶部穴；药用桂枝白虎汤治之，其发热疼痛剧烈者，石膏用量可增至 120g，疗效卓著。若遇结肠过敏之证，常用白扁豆衣、白扁豆肉、神曲、于术，加药引，女用玫瑰花，男用佛手柑，煎汤代茶频服，以和中化湿，健脾运而止腹泻；若脾虚泄泻之甚者，则以参苓白术散加五倍子、熟附片以理气补脾，温阳止泻；症见五更泄泻，日久不愈者，加四神丸吞服，以温补脾肾，收敛下焦而泻自止；用艾炷隔盐灸神阙，隔姜灸中脘、天枢、关元、足三里等穴，或每日用艾条薰灸以温补元阳，亦可获佳效。但对肱骨外上髁炎、腱鞘炎等病变，常取压痛点用合谷刺法并加温针，出针后拔以小火罐，外用生香附、威灵仙、原红花、天仙藤，畏冷者加水浮萍、生姜。煎汤薰洗，每日 2 次。而对腱鞘囊肿则用局部齐刺法，出针后加压，每获奇效者，则不用药焉。痛风一证，起病突然，每于夜间作痛，足拇趾核骨和足踝背肿胀发热疼痛，好发于酒徒食客之辈，尤以 50 岁左右之肥胖男性为多，永璇公冠以痛风之名，而归类于酒脚风之列，治疗有独到之处。

唐×，男，52 岁。痛风 3 天，夜间尤甚，身热有汗不解，两足核骨及足踝背发热红肿疼痛，压痛拒按，履地作痛，口苦，溲短赤。舌

苔薄腻而黄，质红，脉形濡滑。形肥体丰，嗜酒成癖，此酒湿壅滞化热，湿热之邪稽留，循经下注，发为酒脚风之证。法当清解，化湿利尿为主。治宜针灸和中药并用。针灸取三阴交、商丘、丘墟、太白、八风均双侧，用捻旋泻法，留针半小时，每 10 分钟捻旋 1 次；中药内服佩藿香、车前、泽泻、黄柏、牛膝、茯苓、苍术、连翘、山栀、防风、防己、小赤豆、忍冬藤花，共 2 帖。复诊时诸症均缓，核骨压痛仍有，属气滞血瘀，前法参以活血化瘀。取穴同上，中药加归尾、赤芍、丹参，共 2 帖。再复诊时诸症告愈，压痛消失，步履已便，取穴同上加温针，中药停服。嘱坚决戒酒，切忌厚味，注意保暖节劳。随访无复发。

刺 罐 结 合

刺罐结合就是针刺后加拔火罐，这是浦东唐家花园师传经验之一。此法对头痛、面瘫、落枕、肩周炎、肩背酸板、腰背扭伤、腿股疼痛、四肢麻胀、脘腹痞闷诸症，均有显著疗效。当时唐家花园常用火罐有竹罐、陶罐、瓷质鸟食罐等，既易破碎，也不便携带。永璇公学医伊始，即建议改进，设计制成每套 6 只的套叠式铜质火罐。后到上海设诊，即风靡沪上。

李×，女，41 岁。右脸面瘫 1 月，口眼向左歪斜，右额纹不显，卧蚕纹消失，右目不能闭合。脉弦细，苔薄白。此因疲劳过度，外邪乘袭，遇于阳明、少阳之络。治宜疏经通络。针灸取右太阳、下关、颊车、阳白，用捻旋泻法，针后加拔火罐，翳风、地仓、左列缺（同上泻法），留针 15 分钟。隔日针治 1 次。第 3 天复诊，症状已见好转，续治到第 9 天，额纹恢复，眼能闭合，口歪渐正，共治 6 次，历 11 天而痊愈。

在 60 年代初期，永璇公创造性地用七星针多针浅刺加拔火罐的“絮刺火罐疗法”。用重叩手法，吸出瘀血凝块，可收祛瘀生新，舒

筋活血之功；用轻叩手法，吸出汁沫稠液，可得疏通营卫，调和气血之效。凡属气滞血瘀之证，如脊椎肥大、粘连型肩周炎、顽固性周围性面瘫、复发性荨麻疹、肱骨外上髁炎等顽痹痼疾，皆属治疗范围。只要坚持治疗，每周1～2次，每10次为一疗程，轻症1个疗程，重症3个疗程，即可收到满意疗效。

吴×，男，49岁。头胀，项背酸痛，左手畏冷，遇寒青紫，尺侧麻木刺痛，无名指、小指经常麻木，颈$_{5\sim6}$椎间有疼痛。X片提示颈$_{5\sim7}$椎间隙轻度变狭，椎体边缘可见少许骨质肥大。皮温测定，右内关30.5℃，左内关29℃。肌电图检查，提示左三角肌插入时见正相电位，放松时见纤颤电位，肱二头肌、肱桡肌在挪动针极时可见纤颤电位。诊断为颈椎病。先取颈$_{5\sim6}$椎棘突和大椎、肺俞（双），用七星针重叩各80次，加拔火罐10分钟，吸出瘀血1～3 ml，再针刺左肩髃、肩髎、曲池、手三里、列缺、合谷、外关，每周治疗2次。经3个月25次治疗，项部酸痛消失，左手尺侧麻刺疼痛明显减轻，手指青紫现象显著消退，皮肤温度左右均29℃。半年后随访，肌电图复查，除左三角肌有少量纤颤电位外，肱二头肌、肱桡肌均无异常电位。

擅治中风

永璇公早年即以擅治中风名闻沪滨。他的经验是按中风发病的不同阶段，分别运用或针、或灸、或刺出血、或内服中药、或针药并用，取得明显疗效。对风中脏腑窍闭而昏迷不醒者，针刺人中、中冲或十宣出血，药用牛黄清心丸、玉枢丹或苏合香丸，煎服天麻钩藤饮、涤痰汤等平肝熄风，化痰开窍之剂。

王×，女，48岁。2天前夜半起床小便时跌仆，神识随之昏蒙，右肢不遂，舌强语蹇，倦怠嗜卧，时有烦躁，小溲黄赤。脉弦滑带数，舌苔黄腻而燥。平素有肝阳头痛，此痰浊内盛，蒙闭清窍，化热动风，流窜经络，以致脏腑经络同病。先予平肝熄风，豁痰开窍。取百

会、人中(单刺不留)、太阳、间使、丰隆、太冲、合谷、阳陵泉(双侧),先补左侧;后泻右侧,用捻旋补泻法,隔天1次;药用天麻、僵蚕、杏仁、竹沥、半夏、黄连、黄芩、石菖蒲、磁石、蝎尾、玉枢丹,每天1帖。3天后神志清醒,问之能答,前方停服,半月后出现便秘,用五仁丸方加减,服3天获效,停药。20天后能自己翻身,右手指能屈曲。取百会、风池、肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、风市、阳陵泉、丰隆、太冲,均针右侧,用捻旋泻法,隔天1次,1个月后右下肢能内收及屈曲,右手指能活动。共住院71天。出院时可短程步行,右肘能高举至头,动作略感缓慢少力。

对中经络半身不遂者,早期针刺先补健侧,借健侧之健,推动气血运行,后泻患侧,以祛邪通络,舒筋活血;后期单刺患侧,或补或泻,随证施治,手法选用提插或捻旋补泻法;伴肩关节疼痛甚者,肩髃用扬刺法加拔火罐;肘关节拘挛者,取尺泽、曲池深刺;畏冷者可用温针;末梢肿胀者可取八邪、八风放血或出血水。对半身不遂,认为属气虚所致,故内服中药以补阳还五汤为主,偏阳虚用玉屏风散方,偏阴虚用当归六黄汤加减,均重用生黄芪以加强益气,结合活血化瘀,推动气血流行,疗效卓著。特别对高年气血不足的偏枯患者,于补中养血法加用和阳法,获效尤佳。对仅遗留偏瘫而无其他不适者,用人参再造丸。

张×,男,70岁。体质素亏,气血不足,左肢麻痹,畏冷少力,不能步履。脉形濡细,舌苔薄润。血压14.5/8 kPa(110/60 mmHg),诊断为类中风、中经(脑血栓形成)。症属阳虚内损,用补气养血,和阳壮筋法。内服中药生炙黄芪、巴戟肉、锁阳、桑枝、广皮、鸡血藤、丝瓜络、料豆衣、苁蓉、川断、仙灵脾、当归,先后煎服20余帖,即以独自行动而告愈。

善调情志

调治情志之病，是祖国传统医学治疗的固有特色之一。永璇公重视七情致病，善用喜乐之法治疗，积累了丰富经验。他能充分运用舌诊来诊断神经官能症，经验是，观察舌之形态，辨别舌端震颤程度，可以了解病者的心理和病情，在正常舌苔的尖端见到震颤，可知该病人胆小；在舌苔薄，质淡而胖的舌尖端出现震颤，可拟诊为心脏病态；在薄黄或白苔的舌端中间有颤抖，可诊断为神经官能症。对这些病人，要用"心病心药医"的办法。永璇公认为当医生在对病者诊察之际，治疗即已寓于其中，为此医者必须做到态度要和蔼，诊察要细致，治疗要认真，耐心地做好思想工作，要谆谆嘱咐病者心胸宽广，不要自寻烦恼，务使心无疑虑，或生欢欣。柴胡疏肝散、逍遥丸、越鞠丸，是古医家专为气郁而设，有疏肝解郁之功，阳陵泉、足三里、内关、中脘等穴，具宽胸理气和中开郁之效。为临床常用之法。心理疗法和针药治疗相结合，就能迅速获效。

童×，女，46岁。素有神经官能症，遇事疑虑重重。1周来疑夫有外遇，气郁成疾，喜怒无常，胸胁胀闷，寝食不安。其夫稔知永璇公善治此病，乃邀往诊。始则闲谈家常，继而诊脉察舌，见舌苔薄黄，舌端中间微颤，脉形弦细，兼见面红火升，言语间指责其夫回来太晚，情绪激动时手指亦见颤抖。当洞悉症结后，乃婉言劝导，循循善诱，先令其夫早些回来，协助处理家务，分担操持；又劝患者要保重身体，善自珍惜，要体谅丈夫，以工作为重，并讲了梁鸿、孟光"举案齐眉"，夫妻相敬如宾的故事。使两人赧然脸红，笑逐颜开。最后处越鞠丸方加木香、槟榔、玫瑰花、归脾丸。嘱服3帖。2日后夫妻双双登门道谢，和好如初，病情亦有所改观。

（杨依方　杨　容）

杨兆民教授学术经验拾贝



杨兆民，1928年生，江苏太仓人。1943年从师钱绍伟，学习中医内、外科，1949年悬壶乡梓。1955年考入江苏省中医进修学校医本科深造，毕业后留校专攻针灸，从事针灸教学、临床、科研工作。现任南京中医学院针灸系临床教研室教授，研究生导师，全国高等教育中医药类规划教材编审委员会委员，《刺法灸法学》规划教材主编，中国针灸学会针法灸法分会理事，华东针灸器材研究会副理事长，江苏省针灸学会副秘书长，南京针灸学会顾问，中国针灸专家讲师团教授等职。

临证强调"五辨"

中医治病，贵在辨证。辨证之法有八纲辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证等，应用于中医内、外、妇、儿等临床各科。杨老认为针灸之道有别于中医其他各科，是融理、法、方、穴、术于一体，治之于外，调之于内的特殊治疗方法，故其辨证之法自有特点，为此，杨老根据针灸的临床特点，综合诸多辨证之法，结合自己丰富的临床经验，提出了临证"五辨"之法：

首辨病位之所在——表里、气血、经络、脏腑；

次辨病机之所属——寒热、虚实、阴阳、动静；

三辨病势之所现——正邪、盛衰、标本、缓急；

四辨病因之所由——外感、内伤、六淫、七情；

五辨病程之所时——长短、久暂、新恙、复病。

针灸治病，首当辨清病位。病在何脏何腑，何经何络，在气在血，在表在里，是针灸取穴的基础。根据病变所在的脏腑、经络，选取与之相应的脏腑、经络所属的腧穴。如感冒鼻塞咳嗽，恶寒发热，头身酸痛，则其病位在肺，取手太阴肺经及与之相表里的手阳明大肠经腧穴治疗；如中风偏瘫，半身不遂，则病在手足阳经，当取手足阳经腧穴治疗。如气滞于经，则用毫针调理经气；血瘀于络，则施点刺通络祛瘀。在表宜浅刺疾出，在里宜深刺久留。次辨病性，病有寒热、虚实、阴阳、动静之别，术有针、灸、补、泻之异。虚者当补，实者当泻；寒则宜灸留针，热则疾刺慎灸；阳动之症远取，阴静之候近取，可见病性是针灸施术取穴的依据。三辨病势，如邪盛标急当速刺暴灸开窍；如正衰本虚当缓针久灸扶正。四辨病因，如外感六淫，当浅针速刺，祛邪于外；如内伤七情，则深刺久留，调和于里。五辨病程，它是预测病势，判断预后，确定治则的根据。一般新恙短暂之症易治，旧病长久之候难愈。

取穴巧用"八法"

杨老遵循《内经》、《难经》有关针治论述，参考近代习用的远道取穴、局部取穴、对症取穴的一般规律，根据病症之虚实、新久、动静、缓急，经过数十年的临证探索，总结了"虚则补上"，"实则泻下"，"新则取末"，"久则取本"，"动则求远"，"静则求近"，"急则用根"，"缓则用结"的针灸辨证取穴八法。

1. "虚则补上"，"实则泻下"　"虚实"是针对邪正盛衰的病机而设立的取穴原则。正气不足谓之虚，邪气充盛谓之实；"上下"是指应取腧穴的部位，在病部之上取穴者为上，在病部之下取穴者为下。凡属虚证，以取病位上方穴为主，可收推而上之，升阳举陷，扶

正补虚之效。如百会治脱肛、阴挺、肌无力；神庭治四肢瘫痪；浮白治腿膝酸软无力等。凡属实证，可取病位之下方穴为主，能得到引而下之，导气泄邪，祛邪泻实之功，如行间治肝阳头痛；内庭治齿痛龈肿；梁丘治胃脘绞痛；上巨虚治肠结便秘等。

2. “新则取末”，“久则取本” 是针对病程的长短而立的取穴方法。“新久”是指病程的长短，起病短暂为新，起病长远为久。“本末”是指选取治穴的部位。“本”，指头面躯干部腧穴；“末”，指手足肘膝部腧穴。临症时，凡属起病短暂之新恙，邪气初犯，尚未根深，元气未伤，形神无损者，取法于《内经》“荥输治外经”之意，用四关四末之五输，原络穴为主，以达行气活血，疏经通络，清热解毒，宣邪开窍的治疗作用。如中暑之用中冲穴；落枕项强之用后溪穴；外感风寒之用列缺穴等。凡属病程缠绵之久病，邪气留恋，阴阳失调，气血亏虚，形神受损者，其治宜取胸腹腰背部的俞、募、门、海、八会等穴为主，以求调气益血，和阴会阳，补虚泻实，扶正祛邪的治疗目的。如哮喘用肺俞、膻中穴；胃寒诸证用胃俞、中脘穴；心痹用巨阙、厥阴俞穴等。

3. “动则求远”，“静则求近” 是针对病性阴阳动静而设的取穴方法。“动静”是指患者的病态。动者指病情尚在发展、衍变、活动；静者指病情病势处于稳定、沉静；“远近”则指取穴与病位间的距离。远者，指远离患病部位以循经取穴法，用远道穴。如病在上取之下，病在左取之右，病在中傍取之；近者，指病所局部取穴或邻近取穴法，用局部穴、阿是穴。临症时凡气实、气郁、风盛、火郁等导致的脏腑暴病，变化未定的症候，多见躁动不宁，走而不守，病情、病势乍重乍轻，或时隐时现者，针治时可取四肢远端的腧穴，能获镇痉熄风，行气止痛，开郁蠲痹之效。如脏腑急痛，暴病昏厥，风邪行痹，筋惕肉瞤，痉挛抽搐等证，为急则治其标，可选用循经远道针灸法。凡由气虚、血滞、寒凝、痰阻等候，邪气留恋，静而不动，沉着固涩，缠绵经久者，针治时宜取病位处的局部穴、阿是穴治之，以求

补气和血，祛寒逐湿，化痰行滞之功。如寒湿着痹、肘劳肩痹、瘰疬、鼠疮、痰核肿块等症，为久则治其本，可选用病位病所"以痛为输"针灸法。

4."急则用根"，"缓则用结"　是针对病势急缓而创的取穴方法。"急缓"是指病证发生之态势，病势暴骤凶险者为急，病势徐稳缠绵者为缓。"根结"是指病证所属脏腑经络的根部穴、结部穴。根者，源也，是经络之根，阴阳之本在四肢末端的井穴；结者，归也，是经络气血归结于头身的相应部位。凡属急骤险恶之症，多取十二经根部的井穴。根穴具有开窍醒神，启闭泄邪作用。诸如热邪阳盛之中暑、惊厥、中风等可用三阳三阴经之商阳、中冲、少冲、厉兑、关冲、涌泉等井穴。又如崩漏之取隐白；狐疝之用大敦；暴聋之用关冲；喉闭之用少商；目赤之用至阴；头痛之用涌泉等急症者多用根穴。凡属病势缓慢缠绵经久之候，则宜用十二经结部的相关腧穴。可按"腧穴所在，主治所在"的一般规律，"以痛为输"选用头身腧穴。如鼽衄之用迎香；耳鸣之用听宫；流涎之用承浆；喎僻之用地仓；项强之用天柱；咳喘之用天突；喑哑之用廉泉等，缓病者多用结部相关穴。

杨老认为病证的虚实、新久、动静、缓急，从病情、病机来看，相互之间有密切的关联。从取穴之上下、本末、远近、根结而言，离不开经络的阴阳、逆顺、根结、标本的原理，因而"八法"的具体用穴方法之间，既有个性，又具共性，既讲原则，又可变通，既可单用一法，又能数法并用，不能胶柱鼓瑟，以防"虚虚实实"，"补泻反，病益笃"之误。

施术注重"治神"

行针施灸，重在通经调气，然必先治神。《类经》云："医必以神，乃见无形，病必以神，血气乃行，故针以治神为首务"。杨老临证十

分注重“治神”，常告诫我们，为医者要有如待贵人，不知日暮的精神。施术时要定心凝神，令志在针，辨气之变，察其反应，制神行气，做到治病治神，针入神入，将“治神”贯穿施术的全过程。具体方法是进针做到稳、准、轻、快。即持针要稳（以右手拇食两指指腹执针柄，进针时将臂、腕、指三部之力融为一体，姿势自然，角度适中，全神贯注，方能持针稳健，进针顺利）；刺穴要准（要以押手手指循摸取穴，做到取穴准，刺穴准，产生“一针中穴，其病若失”的效果）；手法要轻（要求医者手法娴熟，指力轻巧，如蜻蜓点水）；下手要快（当针尖贴近穴点表皮时，瞬即轻快刺入穴内，如“白蛇吐信”之势）达到无痛进针。行针要求轻缓、细察、守气，即轻轻缓慢地提插捻转，细心体察针下的感应，辨清谷气、邪气，一旦气至，持针守气，使正气得充，邪气得泄。补泻提倡“量学”之法。针刺补泻离不开刺激量的强弱，而刺激量受诸多因素影响，如毫针的粗细长短，针刺的深浅，手法（捻转、提插）强弱，穴位的敏感程度等。杨老认为主要以针刺深度，手法强弱来区分补泻。为此将穴位的可刺深度分为天、人、地三才之部，手法强度分为弱、中、强三度，对一般虚弱、慢性、功能低下的病证，在天部行捻针角度在90°左右，提插幅度为2 mm上下，频率为每分钟30次的弱刺激，达到补虚扶正之目的；而对剧痛、炎证、热证及急性病症、功能亢进病症，在地部行捻针角度在360°左右，提插幅度在6 mm上下，频率为每分钟90次的强刺激，发挥泄热，镇痛，祛邪的作用；对虚实不太明显之症，在人部行捻转角度在180°左右，提插幅度为4 mm上下，频率为每分钟60次的中刺激，起疏经通气，协调阴阳的效果。

治病善疗“奇症”

杨老几十年的临证实践积累了丰富的医疗经验，尤其长于治疗疑难杂症，由于临证强调“五辨”，取穴巧用“八法”，施术注重“治

神”，故许多“奇病怪症”，在杨老手下，屡屡获效。如×××，男，48岁。素有头痛病史，时常发作，又因丧偶而精神受损，头痛频发，影响睡眠，每服用止痛药，方能缓解。夜间梦多易醒，翌晨起身则头晕目眩，顷刻鼻子嗅觉有异味，眼前有人影晃动，甚至耳闻谈话之声，数分钟后，眩晕渐平，异味、人影、声音亦顿失，导致患者疑神疑鬼，情绪不宁；经××医院门诊检查，诊为幻觉症。建议针灸治疗，于1964年4月2日请杨老诊治。症见患者谈吐如常，面红目赤，两颧络脉怒张，精神萎颓，舌红苔厚腻，脉弦数。诊为营血内亏，肝阳上亢。取风池、太冲两穴。风池施以《金针赋》“赤凤迎源”针法；太冲施以捻转针法，留针20分钟，两穴均交替使用。迭治15次后，头痛大减，幻觉仍作，但倏忽即逝，继针20余次后，头痛已蠲，幻觉消失，神志如常。师曰：重症头痛始由肝阳偏亢，肝阳之火上移之实证，服药不当，绵延至今，久病必虚，营血受损，虚实夹杂，加之中年丧妻，情志失畅，郁火上扰空窍，幻觉丛生，故以潜阳治标，养血治本。取风池，清脑明目，平肝熄风，降火利窍；太冲养血滋阴，疏肝解郁，镇逆安神，虚实兼顾而奏效。杨老临证不仅善用针治，对灸法造诣颇深。灸法一般用于寒证，但杨老亦常用于热证之中，每获奇效。如×××，女，35岁。5天前不慎被麦芒刺伤右眼；当天右眼红肿灼痛，外用眼药膏、眼药水治疗，未见好转。3天后灼痛加剧，肿势鸱张，眼眵增多，曾去××医院眼科门诊，诊断为外伤性感染性角膜溃疡。口服及外用抗生素，经治2天后，效果不显，求杨老高诊。症见右眼红肿，状如核桃，眼裂消失，脓性眼眵满布，泪水淋漓，局部灼痛如戳，不能触摸，数夜不能入眠，身热有汗，舌质红，脉数。诊为邪毒外侵，热毒内蕴。独取右手大、小骨空穴各施灸3壮，嘱3天后来复诊。复诊时，患眼肿消痛止，眼裂如常，开合自如，眼垢已净，夜眠安宁，满脸堆笑，显获治效。嘱自采野菊花，洗净煎汤，凉后用消毒纱布洗眼，以善其后。师曰：“热证施灸”是灸之变法，《红炉点雪》云：“实病得火而解者，犹火能消物，有实则泻之之义也；热病

得火而解者，犹暑极反凉，有火郁发之之义也”。但使用本法时须辨法精当，对邪热内伏，不得外泄之症，方可应用，切忌邪热内盛之时用之，防助热生火之弊。当然选穴是否确当也是取得效果的关键，本证属热毒内蕴不得外达之候，故施以灸法，以热引热，宣通发散而获殊效。

（刘农虞）

杨楣良先生学术思想介绍



杨楣良，1933年生，杭州人。1949年涉足医林。先学内科，再攻针灸。早年师承名医张硕甫、马雨荪及王雪苔、程莘农教授。毕业于中央卫生部全国针灸研究师资班，后进北京中医学院继续深造。从事针灸临床、科研和教学工作40余年。现任浙江省中医药研究院主任医师、针灸研究室主任，兼任中国针灸学会经络研究会理事，中国针灸专家讲师团教授，浙江省中医药高级职务评审委员会委员，浙江省针灸学会常务理事，浙江省针法灸法研究会主任委员，《浙江中医杂志》编委，浙江中医院学术委员等。杨氏不仅擅长各科急症，屡起沉疴，而且有着丰富的对外教学和涉外医疗的经验。自1960年起先后担任国外进修医师和留学生的针灸教学。1986～1988年任中非共和国国家元首柯林巴总统的保健医师，被授予该国国家一级复兴勋章。多年来，杨氏孜孜以求，潜心研究经旨，且不囿成法，博采众长，刻意创新。首创了“钩针”及“钩针疗法”，其中钩针已获国家级发明专利；主持科研获奖课题两项，参与获奖课题一项。著有《实用针灸手册》，编有《芒针疗法》、《气功》及《中国古代经络文献通鉴》等书。在国内外杂志发表论文40余篇。

杨楣良先生自幼矢志学医，酷爱针灸。在针灸医疗、教学、科研40余年生涯中，潜心钻研岐黄之技，学验俱丰，治学严谨。学术上

主张“勤求古训”,“博采众长”;诊治时知常达变,不拘常法,师古而不泥古。丰富的临证经验和精深的医学造诣形成了自身的学术特色。今就随诊所得略作整理,亦可见其学术思想和临床经验一斑。

勤求古训,师古不泥

先生数十年来,广涉医籍,精研经典。他辨证善取阴阳两纲,施术先明虚实,治宗“阴平阳秘,精神乃治”。凡对久病气血亏虚,阴阳失调,内损脏腑的疑难杂症、神志病,他认为病情多因虚实挟杂,或寒热交错,故非常法所能治,而主张重用任督及夹脊穴,治疗取穴常以精取胜。《难经》曰:“督脉者,起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑”,故取其治元神之病;督脉为“阳脉之海”,能振奋诸阳经经气;任脉为“阴脉之海”,调节诸阴经经气,五脏六腑经气输注汇合于任督两脉,故能调整脏腑,畅达气机,统摄阴阳,扶正达邪。先生遵循经络理论,提出病在上焦和上肢,针大椎、身柱、巨阙穴为主;病在中焦则以中枢、至阳、中脘穴为主;病在下焦和下肢,以命门、气海、关元为主。凡对疑难重症辅以相应夹脊;对慢性病、虚损者,则重用气海、关元,温灸膏肓及尾骶骨上4横指处。此法辨证准确,每每收效。曾治一老妪,许××。9年前风中经络,经前医诊治失语已复,惟双下肢无力,颤抖而不能行走,双手不能持筷进餐。曾迭进中西药、针灸效不显。精神萎顿,食少,寐欠安。舌苔薄质胖,脉沉细。治拟扶正培元,调和气血,舒筋活络。穴取气海、关元、足三里(双),行温针灸,施以补法;肾俞(双)、命门、秩边(双)、三阴交(双),施补法;大椎、中脘、曲池、外关、合谷施平补平泻。针1个疗程后,精神好转,夜寐已宁,经3个疗程治疗,患者兴奋告知手已能持筷挟食,且能缓慢单独行走100 m路程。本案证属久病气血亏虚,脾胃俱虚,阴阳失调的痿症。治当扶正为先,针灸兼施,以任、督、背俞及手足阳明经穴为主,以温灸辅之,而达到“虚则补

之”，气血充盛，阴阳平衡，久年痼疾得以康复。

注重脾胃，匠心独运

先生在学术思想上，颇重调理脾胃。临证中，十分注重“后天之本”调治，推崇金元医家李东垣脾胃学说：“脾胃之气即伤，元气不能充，而诸病所由生也”，“胃虚则五脏六腑、十二经脉、十五络脉、四肢皆不得营运之气，而百病乃生焉”。他以脾胃理论指导针灸临床，擅用脾胃经穴治本虚标实的疑难症和脾胃虚弱运化失司的脏腑病和阳明实证，以达到健运中焦，扶正祛邪，调治脏腑作用。治疗手法本着“虚则补之”，“实则泻之”，凡虚证多针灸结合，或重用灸法，实证则一般重用针法。先生曾治莫××，42岁，农民。1983年5月12日初诊。3日前涉水劳作后感下肢麻木不适，翌日起双腿沉重，膝踝关节肿痛，嗣后日趋加重，近4日痛难安眠，起步艰难，不能下蹲，纳谷不馨，曾服中西药物及外敷药无显效。脉濡缓，舌淡苔白。检查膝踝关节压痛卅，膝关节伸屈受限，行走呈跛行，治拟健脾燥湿，温经通络，针灸兼施。穴取足三里、血海、梁丘，均予温针灸；阳陵泉透阴陵泉、绝骨透三阴交，均施泻法。针4次，胀感消失，痛显减，间日针灸1次，再治疗3次，诸恙如常。此案属正虚标实，卫气不固，腠理空虚，寒湿之邪乘虚而入，留注关节经络，阻滞气血。今主取脾胃经穴，针灸并用，健脾利湿，温经散寒，疏利关节，以达脾旺胜湿之功效。重用针刺透穴，加强扶脾阳、祛寒湿作用，使阴阳平衡，邪去正安。

几十年来，运用脾胃理论曾治愈了众多的小儿麻痹、中风偏瘫、慢性胃肠疾病；同时亦治愈了不少诸如急性阑尾炎、机械性肠梗阻等急腹症。根据临床运用脾胃理论的经验和临床研究，他发表了《脾胃理论与针灸临床》、《脾胃理论在针灸临床上运用》等论文。

用穴精当，效专力宏

临证中，先生尝谓“用穴如用兵，穴不在多而在精”。主张在辨证准确的情况下，用穴务求精练，反对取穴庞杂，形成了小方治大病，常见其应手而效。如对内关的运用，用于治疗各种急性痛证，效如桴鼓，方法别具一格。内关穴是手厥阴心包经之络穴，与阴维脉相通，又和三焦经原穴阳池为原络关系，一穴贯连三经，其经络贯穿心腹、五脏六腑。先生根据内关穴特定经络位置和“内关主刺气块攻，兼灸心胸胁痛疼”古训，临证中悟出内关对痛证效验，通过手法研究，他治疗急性腰痛、颈项痛、腹痛、胃脘痛、心前区痛、挫伤岔气疼痛等，颇为灵验。其操作特点，针尖略向上，行捻转或弩法，针感应向前臂方向放射至病所或接近病所，左手拇指按压穴的下方关闭经脉下端，患者放松全身肌肉，活动患处，留针 15～20 分钟，其间行针 2～3 次，捻转 2～3 分钟。先生特别强调“气至病所”，方能取效。他曾在援外工作期间治下××，男，45 岁，中非共和国籍。1987 年 4 月 8 日初诊。晨起突感右侧项强而痛，不能转侧，痛及肩胛，每起床或躺下剧痛难忍，曾服止痛药效不显。证属落枕，经筋受损，经气闭遏，拟舒筋活络。单穴巨刺法，取健侧内关，施泻法，针感至肩内侧，嘱活动其颈部，2 分钟后疼痛消失，活动自如。

用穴精当是先生临证特色之一，除单穴妙用外，在配穴组方时擅用八脉交会穴、特定穴，使组方少而精，达到一穴多效，效专力宏治疗效果。

擅治急症，创立十法

先生精研岐黄之书，综观历代医著，从《内经》、《伤寒杂病论》到晋、唐《肘后备急方》、《千金翼方》至明、清《温疫论》，颇受启迪，

提出“针灸在急症上突破，是提高针灸学术的重要途径”。指出针灸治疗急重症是针灸之精华，也是中医学重要组成部分。临证中，他勇于实践探索当今针灸治疗急重症的规律。他认为，急重症出现时，机体气血悖乱，变症蜂起，阴阳失去相对平衡。来势凶险，发病急骤，变化万千是其共性。主张“明确诊断，指导全局；权衡标本，掌握时机；慎审病情，辨证治急”三大治疗要点。在处方配穴上主张“少而精”，针对性强，切忌面面俱到。根据自己的研究心得，他先后在《中医杂志》等科技期刊发表《针灸治疗外科急重症的临床体会》、《针灸治疗急重病症述略》等多篇论文。本着“急则治其标”的原则，他在数十年临证中总结出急重症治疗十法，以此治愈不少急性阑尾炎、急性机械性肠梗阻、痢疾、急性胃肠炎等，现将其常用十法简介如下。

1. 清热解毒法　根据“热者寒之”，穴取大椎、曲池、身柱、曲泽、委中、合谷、少商、十宣等为主。操作行泻法，必要时点刺出血或刺络拔罐。适用外感温热，湿热内蕴，邪热炽盛之候。

2. 宣肺定喘法　根据“其在皮者，汗而发之”，穴取风门、肺俞、膻中、内关、合谷、天突、定喘、尺泽等。操作行泻法或平补平泻法。适用风邪外袭，肺失清肃，肺气不宣，咳逆喘急等症。

3. 熄风解痉法　根据“实则泻之”，穴取四关，百会、人中、风府、印堂等。操作行泻法。适用肝火蒸腾，痰浊阻络，气郁闭遏，或外风窜络，或高热不解引动肝风。

4. 醒神开窍法　根据“邪盛则虚之”，“实则泻之”，穴取内关、百会、十宣、涌泉、四关等。实证泻法或点刺出血；虚证补法或温灸。适用急性热病及脑病出现邪实闭郁昏厥之证。

5. 理气止痛法　根据“其实者散而泻之”，穴取外关透内关、四关、阳陵泉、足三里。操作行泻法，或加用温针灸、熨灸、火罐、梅花针。适用气滞血瘀，寒凝食滞，虫积，脘腹痛，外伤等疼痛。

6. 活血化瘀法　根据“血实宜决之”，“结者散之”，穴取膈俞、

肝俞、血海、委中、曲池、三阴交、大椎、身柱等。操作行泻法或平补平泻法，可用针灸兼施或三棱针点刺出血或刺络拔罐、火针、熨灸、围刺等。适用瘀阻血脉，气血运行不畅之证。

7. 回阳固脱法　根据"虚则补之"，穴取神阙、关元、气海、百会、内关、人中、素髎等。操作重用灸法。适用正气暴脱之证。

8. 泄热通淋法　根据"温者清之"，"实则泻之"，穴取膀胱俞、中极、三阴交。操作行泻法。适用下焦湿热，膀胱气化失司，尿闭。

9. 清肠导滞法　根据"温者清之"，"其实者，散而泻之"，穴取天枢、上巨虚、关元、曲池。操作行泻法，必要时温灸。适用肠腑积滞，湿热内阻，痢下赤白。

10. 通里攻下法　根据"中满者，泻之于内"，穴取足三里，或上巨虚、建里、内关。操作行泻法。适用阳明实热证，腑结不下证。

积极进取，善于创新

先生虽年已花甲，学习仍孜孜不倦，不满足于现学知识，既秉前贤之精华，又能发挥古人之未备。早在50年代，他就根据自己的经验，总结了"无痛针刺法"，受到广大患者欢迎，得到同行的称道。先生治病遵循经旨，主张"得气"，强调"治神"、"调气"，注重手法运用。常告诫我们要重医德，不尚浮华，应有务实精神，一切多为病家着想。他对艾烟影响诊室环境和患者健康状况，进行了艾烟化学成分和毒性测试研究，为减少艾烟危害，他研制了"微电脑多功能灸疗仪"，曾获1990年浙江省医学科技进步二等奖。并与他人合作，研制了国内首台"NL-90人体扭力测力仪"，已用于临床。

先生学术上不仅博采众长，且常从古医籍经验中阐发新意。他根据《内经》对"筋痹"、"骨痹"治疗"直入直出，深内至骨……"，"……稍摇而深之，至针骨所，以上下摩骨也"的论述，经多年钻研，终于发明了一种新型针具——钩针(已获国家专利)。钩针是针头

带有弯钩的不锈钢针具，其针头接触面比毫针大约 10 倍，能起到擦骨、摩骨作用，刺激量大，刺激方式完全不同于毫针，他首创了钩针特有的多种手法，这为开展钩针疗法，打下了理论和技术方面的基础。钩针的发明增添了针灸治疗工具，丰富了针刺方法，扩大了针灸范围，为一些经筋疾病开辟了新的更理想的治疗途径。

孜孜不倦，精益求精，善于创新的精神正是先生数十年来勤奋求实工作的写照。

（诸建平）

针灸学家邱茂良学术思想介绍



邱茂良，1913年生，浙江龙游县人。其幼习古文，及长，立志于医，于1928年负笈浙江兰溪中医专门学校，并随诊于名师张山雷先生学习内、妇等科，为张先生所青睐，遂得其传。1932毕业后，返里开业。翌年，为继续深造，集各家之长，乃远游江苏无锡，就学于针灸名家承淡安先生办的中国针灸研究社，成绩斐然。卒业后，经承老热情挽留，乃执教于针灸研究社，旋助承先生举办中国针灸学校。1954年，应江苏省卫生厅之聘，偕承老前往南京，筹办江苏省中医院和江苏省中医进修学校（南京中医学院前身）。历任针灸科主任，主任医师，教授，针灸系主任。并任第六、七届全国政协委员，全国针灸学会副会长，全国高等医药院校中医教材编审委员会副主任委员，世界针联顾问，全国重点学科针灸学学术带头人，博士生导师等。

潜心研究祖国医学，努力提高诊疗水平

在清末、民国时期，由于受到封建腐朽、崇洋媚外思想的影响，认为针灸治病要"脱衣露体，有失大雅"，"中医不科学"等思潮的影响，针灸医学屡遭摧残，日渐衰落，治疗病种日益稀少，不能发挥针灸治疗应有的作用，甚至被群众说成是"疯科"（专治关节痛）。对此，邱教授认真查阅了《内经》、《针灸甲乙经》、《针灸资生经》、《针

灸大成》等大量的针灸文献资料。其中已明确记载了针灸能治疗内、外、妇、儿、五官等科100多种疾病，从而得到了启发，认为针灸要打开局面，重要的是医生要具有坚实的医学理论基础，从事深入探索，不断扩大针灸治疗的病种，方能发扬光大。所以，他不但自己手不释卷，日以继晷，悉心钻研，还组织全科医生加紧对中医理论的研究，认真学习现代医学知识，40余年来，以身作则，孜孜不倦地进行实践，在门诊中设立内、妇、儿等科的针灸室和许多专科门诊，在国内率先设立针灸病房，收治各种内科病和疑难杂症，从而使针灸治疗的病种由治疗一般的关节痛逐步发展到治疗内、妇、儿科和一些常见病、多发病，不但能够治疗慢性病，而且还能够治疗急性病、传染病，如肺结核、大叶性肺炎、急性菌痢、病毒性肝炎等，从而使针灸治疗的病种不断扩大，并取得良好的效果，针灸临床的诊疗水平在全国一直处于领先地位。

倡导针灸科研，注重临床实践

为了提高医疗、教学质量，邱教授认为，必须积极地开展科研工作。1954年江苏中医院开办伊始，他与南京市结核病疗养院协作制订了针灸治疗肺结核的科研方案，主持并亲自参加这项工作。对所治的病例，治疗前后均经X线摄片和血沉、痰培养等各项指标对比观察，单纯用针灸治疗肺结核有效率达81%，这在当时来说，无疑是比较先进的。他所撰写的《针灸治疗肺结核291例疗效观察》在全国针灸经络会议中作了大会发言，并获得好评，被列入国家科研汇编，开创了针灸科研的先河。

40余年来，他精心组织科内医生，有计划地进行临床和实验研究。先后发表几十篇有价值的论文。其中《针刺治疗胆石症的科研》，获得1978年江苏省科技成果奖。为了进一步观察针刺治疗中风的疗效机理，自1982年以来，开展了《针刺对中风患者脑血流图

与血液流变学等治疗前后的变化观察》的科研，其结果初步证实了针刺可使中风患者的血液浓稠性、粘滞性、聚集性都有不同程度的改善，有利于脑部血液的供给，起到培本扶正，活血化瘀的作用，这对调整中风患者的阴阳，促进机体早日康复都是十分有利的。并且提示针刺能改善脑动脉弹性和紧张度，使血管扩张，血流量增加，从而改善了患者的脑部血液循环，提高了脑组织的氧分压，增加了病灶周围脑细胞的营养，促进了脑组织的修复。该课题在 1989 年 11 月通过了省级鉴定。

用针刺治疗急性菌痢 1 236 例，治愈率为 92%。治疗结果，针刺组较药物组疗效快。他认为痢疾的成因，主要是内有饮食失节，外受湿热疫毒，损伤胃肠，以致胃肠受纳、传导功能失常，湿热郁蒸，气血壅滞，肠道的粘膜与血络俱受损伤。治拟清热化湿，消积导滞，调和气血为主。取天枢、气海、上巨虚。如热重者加曲池、合谷以清阳明之热；湿重者加阴陵泉以理脾化湿。如腹痛、腹泻重者，急于清化宣导，故主方各穴同用；便次减少为 5～6 次/日，腹痛缓解，可去气海；便次正常，症状消失，但大便培养仍阳性者，可仅取上巨虚或足三里。手法以泻为主，进针要快，针刺要深些，一般（成人）均可刺 1.5～2 寸，得气后采用紧提慢按结合捻转手法，反复运针，增强针感。腹部穴位要求针感向四周扩散，四肢穴位要求向上下传导，这样才能迅速控制症状，特别是第 1、2 次治疗时，常为成败关键，必须严格掌握，以期顿挫痛势。留针 30 分钟，病情重者可延长至 60 分钟。留针期间，如要大便，行针可使便意消失，不必出针。每天针刺 2 次，也可 8 小时针刺 1 次。症状改善后每天 1 次，直至大便细菌培养连续 3 次转阴后停针，10 天为一疗程，一疗程后尚未完全恢复者，改用其他疗法。

陈××，女，32 岁，工人。2 天前先有腹痛肠鸣，水样便，泄泻几次后，即伴有恶寒发热，大便转为赤白粘冻，腹痛转甚，肛门重坠，便次每天多至 20 余次。就诊时，身热汗出，体温 39.2℃，腹阵痛，

痛则欲便，欲行不畅，后重难忍，小便短赤，口渴欲饮，纳呆，时有恶心。舌苔黄腻，脉滑数。检查见腹微胀气，右少腹部可摸到肠索，触痛明显，肝脾未及，大便镜检见粘液、脓球、红血球，并找到吞噬细胞，大便培养为佛氏痢疾杆菌。诊断为急性痢疾。治当清泄阳明，消积导滞，即取大椎、曲池、合谷、天枢、上巨虚、气海，用重提轻按手法，反复行针1次，每日针刺2次。次日身热渐退，便次10次以内，腹痛减轻，热邪已见退舍，湿浊滞而未去，原方去大椎、合谷，继续针治，针刺手法适当减轻，留针30分钟，每天仍针刺2次。至第3天热净身凉，便次减为5次，脓血明显减少，腹痛亦轻，苔腻渐化，饮食见增，处方用天枢、气海、上巨虚3穴，用轻泻法，每日针刺1次，连续2天，各症均消失，大便镜检已经正常，只针足三里1穴，调理胃肠功能以善其后，至大便培养连续3次阴性为止。

邱教授认为针刺治疗菌痢，是继承古人经验而获得。研究中医既要继承，更要发扬，必须进一步用现代科学方法，探求疗效机制，阐明针刺原理，提高理论水平。因此与有关科室协作，开展人体和动物模型实验研究。实验的指标，涉及到生理、生化、免疫等各个方面，结果较全面地阐述了针刺作用机理，写出具有说服力的论文，在第一届国际针灸针麻学术讨论会中作了大会发言，赢得了国内外学者的很高评价，欧美地区许多国家也作了报道。《针刺治疗急性细菌性痢疾的研究》通过了卫生部鉴定，获得1978年全国卫生科技大会乙级成果奖，《人民日报》为此作了专题报道。

在针刺治疗急性菌痢科研取得成功的基础上，又进行了针刺治疗急性病毒性肝炎的研究(卫生部课题)，有效率达92%。急性肝炎多由湿热蕴结脾胃所致，治拟清化湿热，疏肝利胆为主，根据湿与热的偏重，以及肝胆与脾胃症状的轻重而分别调治。急黄重症，由于热毒鸱张，或邪热内陷所致，故治宜清热解毒，清心凉血，以图挽救；慢性肝炎由湿热久羁，伤及肝脾，最后累及肾脏，多以虚为主或虚实互见，常须攻补兼施；其形成积聚臌胀等症者，多宜肝

脾肾同治，一面扶正，一面攻邪，因证治宜，方能取效。急性病毒性黄疸型肝炎主穴取足三里、阳陵泉、行间。如发热38℃以上者加曲池、外关；湿甚者加三阴交或阴陵泉；黄疸甚者加胆俞、阳纲。用提插捻转泻法，针感以患者能耐受为度，留针30分钟，每日针刺1～2次，30天为一疗程。肝功能恢复正常后单针刺足三里，每日1次，连续3～5天。

李××，男，22岁。患者纳少，肢软乏力10余天，出现巩膜皮肤黄染2天。舌偏红，苔黄腻，脉弦滑。肝功能检查提示，黄疸指数50 U，胆红素定量106.02 umol/L，谷-丙转氨酶>1 000 U。诊断为急性黄疸肝炎。针刺治疗以清肝利胆，运脾化浊为主。取行间、阳陵泉、足三里、三阴交。用提插捻转泻法，每日2次，每次留针30分钟，10分钟行针1次。针治2天后，精神食欲已有好转，复查肝功能，黄疸指数降至33 U，胆红素定量58.14 umol/L，谷-丙转氨酶降至485 U。第5天精神食欲逐渐恢复。第7天肝区疼痛症状亦渐消失。舌苔薄白，脉稍弦。湿热渐退，原方去三阴交继续治疗，针刺改为每日1次。第18天肝功能检查，各项指标全部恢复正常，提示湿热已清，脾运渐复。单针足三里，平补平泻，每日1次，又治7天，以巩固疗效。共住院33天，痊愈出院。

同时观察了体液免疫与白细胞粘附抑制试验，结果提示，针刺由于调整与提高了机体的免疫状况，加强和健全了T细胞功能，促使肝细胞的新生。针刺组与药物组（口服维生素B_1、维生素B_6）对比观察，针刺组明显优于药物组，疗效有显著差异，说明针刺对本病有确切的疗效。

邱教授在研究针灸治疗细菌性、病毒性疾病的机理方面取得了较突出的成绩，说明针灸不但能治慢性病，而且能治急性病、传染病，为针灸治疗疾病开拓了新的前景，也为探讨其机理提供了新的线索，对针灸研究工作有了新的突破，在国际上有一定的影响。

倡导中西医结合，在学术上博采众长

邱教授是倡导中西医结合的先驱之一。早在50年代初期，他就认为中西医学与其他学科之间，要取长补短，做到"洋为中用，古为今用，推陈出新"，才能不断地向前发展。他所著的《内科针灸治疗学》中说："针灸不但被祖国各地广泛开展学习，在国外也早已有许多医学家在不断努力研究，无论在理论或治疗方法方面，都有新的成就，多数是在解剖、生理、病理等学科的基础上经过实验而总结起来的结论，不但理论上有新的依据，而且在应用上有确实的疗效。因此，对现代新知识的吸取，充实针刺治疗内容和提高疗效，是非常必要的。"1988年出版的《中国针灸治疗学》，反映了邱教授继承和发扬并重的学术思想，突出中医理论，吸收了现代医学的内容，如采用西医病名和分类方法，以及诊断要点，临床表现等，尤其是实验研究，均属现代医学理论的阐述，邱教授认为："这是临床治疗的需要，是发展针灸学的需要，不仅无损于中医特色，而且为今后振兴中医所必不可少的。"这种中西医结合的学术思想是值得效法的。

他一直主张，作为一个针灸医生，对于适用针灸治疗的疾病就不必使用药物，以便总结出针灸的治疗规律。针灸难于奏效的则配合中药可以发挥针灸中药的综合作用。对于危重病例则应中西医结合，积极采用各种有效措施进行抢救。在50年代出版的《针灸与科学》、《内科针灸治疗学》，以及近年来出版的《中国针灸治疗学》、《针灸防治病毒性肝炎》、《针灸防治细菌性痢疾》等多种专著，始终贯穿这些学术的思想。在阐述中医基本理论的同时，阐明现代医学的原理，强调辨证与辨病相结合。在突出针灸治疗为主体的同时，介绍中药、西药、推拿、体疗、食疗、心理治疗等多种治疗方法。他告诫后学针灸与中药、西药、推拿、体疗等各种疗法，不仅没有矛盾之处，而且相得益彰，对病人是有利无弊的。

著书立说，培养后学

邱教授是我国著名的针灸学家，他不仅临床实践经验丰富，而且在中医针灸理论上造诣很深。邱教授不仅没有将丰富的临床经验作为个人的财富，而且在发表数十篇学术论文的同时，还努力著书立说。自 50 年代开始至今，先后出版了《针灸与科学》、《内科针灸治疗学》、《针灸学》、《中国针灸荟萃·治疗学分册》，尤其是总结了 50 余年临床经验，完成了百万言的《中国针灸治疗学》巨著等十余部专著，共约 300 万字左右，为我国针灸医学的传播和推广作出了很大的贡献。

邱教授为人谦和，治学严谨，写作态度十分认真，在著书立说过程中，遇有疑问，总是反复推敲，查寻资料，一丝不苟，所以他的书稿质量很高。1988 年出版的《中国针灸治疗学》获华东地区优秀图书奖，一经发行，一售而空，深受国内外针灸界的好评。

邱教授从事医疗、教学 60 个春秋，在教学上勤于备课，虽严冬酷暑而不辍，由于学识渊博，表达能力强，上课时主次分明，条理清楚，重点突出，深入浅出，理论联系实际，生动活泼，深受国内外学员的好评。1984 年，邱教授应邀赴英国、意大利讲学，每次听课者都座无虚席。听课者除英、意本国人士外，还有来自挪威、荷兰、比利时、德国等国的医生和学者。在此期间，同时对许多患者进行了治疗，取得了良好的效果，在西方医学界产生了很大的反响。意大利一位大学教师兴奋地说："针灸治疗太奇妙了，几根小小的针就能起到药物达不到的作用。"一位在越南学过针灸的英国医生说："中国的老师讲得太好了，使我找到了许多以前得不到的答案。"许多记者纷纷前来采访，在电视台、报纸、杂志上作了大量的报道。英国卫生部长官在下院接见了邱教授，并交换了中医药在英国发展的意见，获得好评。1985 年，邱教授去香港讲学，1990 年又先后去

阿根廷、挪威等国家讲学，大大地提高了针灸在国际上的声誉，为中医走向世界作出了贡献。

邱教授平素还对下级医生和学生认真考察，严格要求，精心培养后继人材，认识到“十年树木，百年树人”的重要。随着年龄的增长，把针灸事业的希望，更迫切地寄托在年轻一代的身上，有计划地培养学术接班人。他认为，不能知人即无法育人用人，更不能善于育人用人。由于对下级医生与学生了然于胸，所以能根据各人具体情况，分别委以职司，扬长避短，不以其疏而间，不以其亲而近，为人都能以诚相待，一视同仁，胸襟开阔，虚怀若谷。对于后辈中有可喜苗头出现者，及时予以鼓励，悉心指导，修改讲稿，字斟句酌，并以“慎思明辨”的格言来劝学，其期望之情，每每溢于言表。对于西医学习中医，治学严谨而又热衷于针灸事业的人，期望愈殷，尤加爱护，常委以重任。数十年来，他不但为本院培育了几代针灸师资人材，而且为数十期本科、全国针灸师资培训班、国际针灸培训班讲学。他虽然职务多，工作忙，现在还仍然招收硕士和博士研究生，为培养针灸事业接班人做出了很大的贡献。

邱教授已寿臻耄耋，然对振兴中医事业的雄心不减当年，老而弥坚，正如他在南京中医学院建院 30 周年作诗“中医颂”所述：“杏林皆春色，老牛恋夕阳。奋蹄自迈进，素志安敢忘。”

（钱真良）

邵经明教授临床经验介绍



邵经明,1911 年生,河南西华县人。幼读私塾,16 岁时,曾拜清末举人郭玉璜老中医门下学习中医。之后,又受教于现代针灸名家承淡安先生。自 30 年代悬壶于西华、周口、郑州等地。建国之后,在周口市人民医院工作,1958 年调河南中医学院任教。历任针灸教研室副主任、主任和针灸系名誉主任,全国针灸学会委员,河南省针灸学会主任委员,全国高等中医院校中医药教材编审委员会委员,中华全国中医学会河南分会理事,《河南中医》杂志编委等职。现任河南中医学院针灸系教授、主任医师,河南省针灸学会名誉会长,黄河中医药研究奖励基金会理事,中国针灸学会临床研究会顾问。主要著作有《针灸简要》、《针灸防治哮喘》、《针灸锦囊》及《百症赋·通玄指要赋浅释》。先后在国内、外学术刊物上发表论文 60 余篇,其中《针灸防治哮喘 128 例临床观察》于 1990 年获河南省教委二级优秀论文;《针灸防治哮喘》一书于 1990 年获河南省教委二级优秀专著;《针灸防治哮喘临床观察及实验研究》于 1992 年 10 月获河南省教委二级科学技术进步奖,同年 12 月获河南省科委三级科学技术进步奖。

邵老在教学 30 多年中,从未脱离临床,运用针灸药,治疗各科杂症,尤其是针灸治疗哮喘、面神经麻痹、胃下垂、瘿气、癫痫和针药并用治疗原发性血小板减少性紫癜等病,均获得了较好效果。

五十多年探索，针灸防治哮喘

邵老在30年代临床实践中，发现针灸有较好地平喘效果，就开始对哮喘的防治进行了探索。但由于当时条件所限，仅作些临床近期疗效观察。建国后，调入河南中医学院从事教学，改善了医疗和科研条件，从60～90年代作了系统的临床观察及实验研究。既重视观察近期及远期疗效，又进行了肺功能、甲皱微循环、血液流变学和免疫功能等实验，证实了哮喘患者存在着肺通气功能障碍（肺失宣肃）、血液循环障碍（血瘀）和免疫功能缺陷（正虚）这三大病理环节，而针灸治疗后能增强肺功能，改善微循环，纠正血液流变学异常，提高机体免疫能力，因而临床获得较好效果。在具体治病时，强调掌握"主穴与配穴应用规律"和"发作期、缓解期治疗并重"。且认为这是针灸治疗哮喘的关键。

主穴肺俞、大椎、风门是多年临床实践筛选的有效穴位。三主穴在哮喘发作期可使肺内气道阻力降低，哮喘即刻得到缓解；缓解期具有调整肺功能，增强抗病能力，防止哮喘发作或减少发作，使其远期疗效逐渐得到巩固，可见肺俞、大椎、风门三主穴在治疗哮喘中的重要作用。临床配穴也非常重要，不仅可用于哮喘临床上所出现的兼证或合并症，而且凡以喘、咳、痰为主要临床表现的多种呼吸道病证均可运用。如外感配合谷；咳嗽配太渊、尺泽；痰气壅盛配天突、膻中；痰多配中脘、足三里；动则喘甚，休息减轻之虚喘配肾俞、关元、太溪；心悸配厥阴俞或心俞；口舌干燥配鱼际，均有较好疗效。据临床观察，中医哮喘，包括现代医学的支气管哮喘、喘息型支气管炎和合并肺气肿、肺心病等呼吸道疾病。

发作期和缓解期的治疗并重。由于哮喘是一种长期反复发作不易根治的病证，医者临床和病人均注意发作期的治疗，所以哮喘得不到根治，使病人健康受到极大威胁。根据祖国医学"急则治其

标，缓则治其本”和“冬病夏治”原则，在1985年立题研究时，即提出了每年5～9月为治疗期，同时还提出1年观察疗效，2年巩固疗效，3年以上总结疗效。本课题提出这一原则和措施，主要是为了强调发作期、缓解期治疗并重。特别是缓解期，在夏秋季节治疗，可以避免寒冷侵袭，减少诱发机会。祖国医学认为，长夏脾土当令，阳气旺盛，针灸可加强其运化功能，不致水湿化生痰浊上犯于肺；秋季是肺金当令，宣通肺气，不使清肃之气失常。因此，夏秋季节针治，既可增强肺脾生理功能，又可抗御哮喘发作，实为治疗哮喘的有利时机。从大量病例观察也证明了此时治疗可提高疗效，所以省内外哮喘患者前来就诊者倍增，获得远期疗效的较过去明显增多。

临床实验研究，过去是医疗工作中的一项空白，为了提高理论，验证针灸治疗哮喘的稳定性和可靠性，自1979年以来，在培养历届硕士研究生过程中，凡选题研究哮喘者，邵老要求都必须列入实验研究。在临床上进行针刺前后的实验观察和分析，结果多种实验都表明针灸治疗前后有显著差异。这样既提高了对针灸治疗哮喘机理的认识，又验证了针灸治疗哮喘效果的稳定性和可靠性。

综上所述，针灸防治哮喘，一定要掌握主穴和配穴临床应用规律，发作期和缓解期治疗并重，临床观察密切结合实验研究，这是针灸防治哮喘研究的中心，只有这样才能达到针灸治疗哮喘的目的。

针药并用治疗原发性血小板减少性紫癜

原发性血小板减少性紫癜是血液病中常见的一种出血性疾病，本病以皮下、粘膜和内脏出血为主要特征。检查血小板计数减少，出血时间延长，血块退缩不佳，毛细血管试验阳性。其病因尚未明了，目前采用皮质激素疗法，控制临床症状虽有一定疗效，但对血小板升高远期疗效尚不理想。根据本病临床表现，属祖国医学

"血证"中之"肌衄"范畴。邵老从50年代起，治疗本病多以中药为主，到了70年代多采用针药并用，据临床观察其疗效比单纯用药或单用针灸为优，现对其辨证分型，方药施治和针灸循经选穴治疗分别叙述。

辨证分型，方药施治，是根据祖国医学理论结合临床观察，紫癜见于温毒内蕴，肝郁化热，肾阴不足和劳损心脾等因素所致，故以此为辨证分型，用药依据的。

1. 温毒内蕴，迫血妄行　肌肤之间出现大小不一、分布不匀的瘀点或融合成片的瘀斑。或伴有鼻衄和牙龈出血。脉象细数，或指纹色紫，舌红或绛少苔。此乃血热妄行所致，多见于儿童或青年。根据"热淫于内，治宜咸寒，佐以苦甘"的治疗原则。方用犀角地黄汤（犀角、生地、丹皮、赤芍）加二花、连翘、旱莲草、白茅根。此方具有清热解毒，祛瘀生新，滋阴降火，凉血止血之作用。

2. 肝郁化热，血失所藏　肢体出现大小不等之瘀点和瘀斑，以下肢为多。若血上溢则见鼻衄或牙龈出血；下溢则便血或月经过多，肝郁多伴有性情急躁易怒，头晕，胁痛，寐少多梦，经期乳房胀痛，脉多弦数。此乃肝郁失其疏泄所致，以青中年妇女为多见。治宜疏肝解郁，健脾养血。方用丹栀逍遥散（柴胡、白芍、丹皮、炒栀子、白术、茯苓、当归、薄荷、炙甘草）加生地、侧柏炭、茜草、藕节等。此方具有和肝健脾，理血补血止血之效。

3. 肾阴不足，虚火上炎　鼻衄或牙龈出血，肢体出现瘀点瘀斑，时起时消，反复不已，多伴有头晕耳鸣，记忆减退，腰膝酸软，手足心热，舌红少苔或无苔，脉象细数。此乃肾阴不足所致，多见于男性青壮年。治宜滋阴补肾。方用六味地黄汤（熟地、山药、萸肉、丹皮、茯苓、泽泻）加川牛膝、麦冬、旱莲草、仙鹤草、小蓟、白茅根、藕节。此方具有滋阴补肾，益水制火，导热下行，潜阳止血之作用。

4. 心脾劳损，气不摄血　下肢和下腹反复出现大小不匀之瘀斑，小如拇指，大如蛋卵，少数偶有小如米粒之瘀点，易兼见月经量

多或便血，多伴有心悸健忘，倦怠懒言，纳减失眠，面黄。舌淡无华，脉弱无力。此乃心脾气血两亏所致。多见于中年以上妇女。治宜补益气血。方用归脾汤（黄芪、党参、白术、茯苓、当归、远志、炒枣仁、木香、龙眼肉）加龙骨、牡蛎、熟地、阿胶等。此方具有健脾养心，补益气血，宁心安神，收敛止血之作用。

邵老认为临床虽按以上分型，但用药时并不是一成不变的，应根据病情的不同变化，进行灵活化裁应用。在具体用药上强调宜用甘寒，少用苦寒，因苦燥伤阴，寒凉伤阳，不利本病。特别是汗、吐、下三法均应禁忌，以免造成病害。

针灸治疗主要以肝、脾、肾经为主。主穴取足三里、血海、三阴交，均用双穴。针刺操作，采用提插捻转，平补平泻，留针 30 分钟，中间行针 2 次，均需针下得气。

如温毒内蕴配曲池、委中；热甚者可点刺出血，以加强泻热之疗效；肝郁化热配补肾俞，泻太冲；肾阴不足配肾俞、复溜，均用补法；心脾俱虚配膈俞、脾俞、神门，采用平补平泻或补法。据临床观察本病证属阳虚者较为少见，故多用刺法，尚未采用艾灸。在此说明，供参考。

足三里是足阳明胃经的合穴，多气多血，具有健脾和胃，调理气血作用，是强健体质之要穴；血海是脾经穴，为气血归聚之处，具有活血化瘀生新之效；三阴交属脾经穴又是肝脾肾三经之会穴，具有平衡阴阳，综合治理气血的作用。三穴同用，可调补气血，增强体质，活血化瘀。据临床观察，三穴消除紫癜，提高血小板计数具有明显效果。

高××，女，38 岁。皮下经常出现瘀点瘀斑，此起彼伏，反复发作，且月经量多，经期延长已 10 余年。曾经多家医院检查血小板计数在 $40\times10^9\sim70\times10^9$/L（4～7 万）之间，诊断为血小板减少性紫癜，虽经中西医多方治疗，效果均不明显，故于 1990 年 7 月 5 日前来我院就诊。查其体质欠佳，面色㿠白无华，下肢及少腹部可见多

处紫癜，性情易于急躁，头晕，失眠多梦，口苦胁痛等。舌质淡红，脉弦数。此为肝郁化热所致。治宜疏肝清热，健脾止血。方用丹栀逍遥散加生地、侧柏炭、茜草、藕节，改散为汤，水煎服，每日1剂，2次分服。每日针足三里、血海、三阴交、肾俞、太冲。连日服药5剂，针5次后，月经来潮，停药续针。患者自诉这次经量明显减少，经期5天，肢体及少腹瘀点瘀斑，由紫色变淡，未再出现新瘀斑，经复查血小板计数已升至$120\times10^9/L$(12万)，让其休息1周。为巩固疗效，按上穴又针10次后，单用阿胶12g，每日1次，开水炖化冲服，连服月余，临床症状消失，逐渐康复。随访2年，体质健康，血小板检查在$180\times10^9/L$(18万)以上，病情未见反复。

（邵素菊）

张涛清老师学术经验拾零



张涛清，1915年生，山东烟台人。16岁拜当地名医王玉为师，专攻针灸。1952年就读于中央卫生部举办的针灸研究班，同年11月参加了中国抗美援朝总会针灸医疗队，1953年2月随队移居兰州。1954年元月与张汉祥共同创办甘肃卫生厅中医门诊部，1956年改为甘肃省中医院，从事针灸工作60年。历任甘肃省中医院副院长、院长，甘肃省皇甫谧针灸研究所名誉所长，中华全国中医学会甘肃分会副理事长，甘肃针灸学会会长，中国针灸学会第一、二届理事，甘肃科学技术协会副理事长，中国针灸专家讲师团教授等职务。他负责的课题“针灸治疗菌痢临床和实验研究”，获1984年中央卫生部科研成果乙级奖，获1988年国家中医药管理局科研成果二等奖。

张老是一位针灸专家，具有丰富的临床经验和独特的用针方法，针刺配穴严谨，主张针刺与艾灸并用，擅长治疗肠胃疾病及各种疑难杂症。现将笔者随师学习的点滴收获，浅谈如下。

擅治肠胃疾病

张老早在50年代初就运用针灸治疗痢疾，并根据历代医家理论，结合临床实践经验进行穴位筛选，逐步完善和确立了针灸治痢

五穴方和操作技术，经过长期探索，形成了一套独特的治疗细菌性痢疾的方法。如急性菌痢的治疗，取天枢（双）、下脘、关元、足三里（双）、神阙。发热者配大椎、曲池穴。操作手法是前4穴分别捻转快速进针，针达一定深度，施以捻转提插手法，腹部穴针感向四周扩散，下肢穴针感向上、下传导，留针30分钟。每隔10分钟行针1次，神阙穴大艾炷灸3壮，虚寒型隔姜灸，湿热型隔盐灸，一般每日针灸1次。若大便次数在5次以上者，每日上下午各针灸1次，连续治疗5～9天。对于慢性菌痢及其他虚寒性肠胃疾患的治疗以灸为主，即取下脘、神阙、关元3穴隔盐灸3壮（每壮用艾绒2克），使局部温暖舒适直至烧灼为度，天枢、足三里用针刺，施以补法，每日1次，连续7～14天。如汪××，男，32岁。因过食生冷食物引起腹痛，泻黄水样便，后变为脓血粘液便，红多白少，每日排便达9次以上，并伴有里急后重，食欲不振，全身倦怠无力。经西医治疗1周，症状未减，请张老治疗。辨证为湿热痢，大便培养为"福氏痢疾杆菌"阳性，当日即施针灸治疗，取天枢（双）、关元、下脘、足三里（双）、神阙，操作手法同前。第2天脓血便减为3次，粘液脓血减少，继针上穴。3日后，腹痛、里急后重消失，食欲增进，大便每日1次，粪便为黄色成形软便。第4天大便培养转阴而告愈。

张老认为，灸其所以能治疗菌痢，其机理仍离不开祖国医学的脏腑经络学说，由于经络密布人身，把人身上下内外连接为一个有机的整体，暑湿之邪客于人体，病变所在虽由阳明大肠所受，而病理反应却影响全身，通过针刺艾灸，疏通经络，调和气血，达到扶正祛邪的目的。另外，五穴方具有和胃健脾，理气导滞，固本祛邪，平复阴阳之功效。五穴方不仅治疗痢疾有特效，对于胃及十二指肠球部溃疡、胃窦炎、胃痉挛、肠炎等消化系统疾病均有显著的疗效。

善用透穴，以治顽疾

张老对于顽疾的治疗主张以透为主，取穴要少而精，不主张多针和久留，只要行针得气，气达病所，就能获良效。如庞××，男，70岁，干部。患右口眼歪斜4月余，经多方医治效不佳，于1991年10月转请张老治疗。初诊症见右额纹完全消失，右眼闭合不全伴流泪，露齿时口角两侧不对称，并向左歪斜，鼓腮时右口角漏气。舌淡，苔薄白，脉沉细。根据四诊合参辨证为中经络，选取太阳透颊车、头维透下关、地仓透颊车，横刺阳白，施以提插、捻转、疾徐手法，不留针。仅治疗10次，右额纹出现，眼裂明显缩小，流泪减轻，露齿时两侧基本对称，但右口角仍有轻度漏气漏水，再用前穴配腕骨治疗5次(腕骨穴针感必达头部)，上述症状完全消失。又如郝××，女，32岁，工人。左面部不自主抽动3年余，每当说话、吃饭时症状加重，曾在××医院就诊，诊断为面肌痉挛，经西药、中药、针灸等多种方法间断治疗3年而罔效，于1992年12月请张老治疗。症见左下眼睑及左口角处不自主抽动频繁，无法计数，发病前无外伤史及耳部疾患，诊断为原发性面肌痉挛，选取头维透下关、太阳透颊车、地仓透翳风，施提插、捻转手法，不留针。治疗6次，左口角抽搐明显缓解，眼睑仍抽动频繁，同法治疗15次后说话、吃饭均不抽搐，外观无异常，每当情绪激动时偶尔抽动2～3次，以夜间为甚。经40次治疗而告愈。

善于探索，注重实践

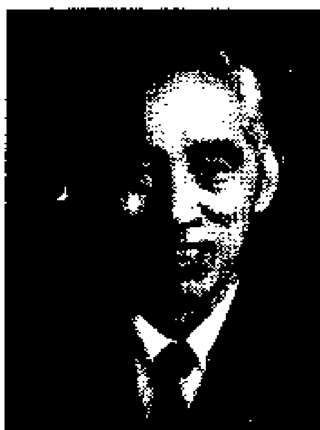
张老治学严谨，学识渊博，理论扎实，注重实践，不受书本限制，敢于创新。在临证施术中他将古人和同道的各种手法结合自己的临床经验，逐步总结归纳为“疾徐、提插、捻转”的复合手法，形成

他自己古朴典雅的独特风格。复合手法具体操作乃以提插、捻转的手法为主，拇指持针，捻转快速进针，进针得气。先是局部得气，患者自己有针穴处的酸麻重胀等感觉，医者手下有沉重紧涩感。其次是经气传导，即经穴局部的感觉可向远端传导，甚至可通过关节而到达病痛之所。对于针感不强，感传不明显的患者再施以《内经》的扪、循、切、弹、推、按等手法，并以针尖的朝向配合手循扪经脉的方法来激发针感和经气感传，再结合患者的病症和体质采用徐疾补泻手法以提高疗效。

张老在临床和科研实践中反复强调理论联系实际的重要性，他对徒弟们经常告诫，要做一个针灸医生，必须"要有医疗临床实践的扎实基础"，"要精通针灸学理论，又要掌握实际操作手法"，"只有深入学习才能掌握基本理论，反复实践才能熟悉操作手法和技能"。他重视《针灸甲乙经》的基本要点，他引用《灵枢·九针十二原》的古训说："刺之要，气至而有效，效之信，若风之吹云，明乎若见苍天"，"刺之而气不至，无问其数，刺之而气至，乃去之，勿复针"。因而他临床取穴不在多而在精与准，手法不在杂而在熟与巧。只要行针得气，气达病所，即达到针刺目的，并不主张多针和久留，特别对急性病仅选取关键的几穴甚至一穴，使之得气及气至病所不留针，往往获良效。如急性胸挫伤，仅选同侧内关穴，施以复合手法，针感到达肩胸部，取针痛止。对于急性腰扭伤，他不拘泥于取委中而取足三里，不取肾俞和腰阳关而取气海，常能达到针到病除、立竿见影之效，因而驰名省内外，并有陇原"神针"之称。

（王俊英）

杜晓山对针刺手法的认识和操作经验



杜晓山，1923年生，江苏无锡人。1938年起拜著名针灸专家王黼堂为师，1942年起在无锡开业行医，1950～1952年在中医进修班毕业。1954年起到无锡市中医院工作，曾任该院副院长等职务。曾发表论文30余篇，并撰写摄制《弘扬针术》(以针刺手法为主)录像片1盘。现任无锡市中医院针灸科主任医师、技术顾问，江苏省针灸学会副会长，无锡市针灸学会会长。被定为全国首批进行学术经验继承的名老中医，享受国家特殊津贴。

杜师从医50年来，长期从事针灸专业，有较高的中医基础理论和丰富的临床经验。杜师在诊断上采取辨证与辨病相结合，在治疗上运用四诊八纲，辨证论治，理法方穴施治，特别对针刺手法能博采众长，师古创新，将复杂的古典手法加以提炼改进，赋予新的应用价值。其擅长治疗各种常见病和疑难急重病症，对神经系统疾病、消化道疾病、妇女病、儿科病等有较好的疗效。

杜师乃江苏针灸名家，从医50余载，熟谙针灸经典，对前贤妙术孜孜以求，但又不泥旧说，师古创新，长期的临床工作使他积验累累，见解独特。兹撷取其针刺手法经验之鳞爪，以示其学术之一斑。

对针刺手法的认识

杜师指出，针刺手法有广义、狭义之分。广义者包括进针、行针、留针、出针等针刺操作的全过程；狭义者仅指针刺补泻手法，而补泻手法是针灸学的重要组成部分，也是决定疗效高低的关键所在。历代医家对此都十分重视。早在《素问・调经论》中就提到“百病之生，皆有虚实，而补泻行焉。”《灵枢・九针十二原》中又指出：“凡用针者，虚则实之，满则泄之，菀陈则除之，邪胜则虚之。”这说明针灸治病必须在正确辨证的基础上，采用不同的补泻手法才能取得较好的效果。继《内经》所论补泻原则后，历代医家又创造了许多补泻的具体操作方法，如徐疾、迎随、呼吸、开阖、九六等，并由此发展成“烧山火”、“透天凉”等复式手法，以及弹、盘、弩、摇、飞、括等辅助手法，近代又有轻刺激、重刺激、中等度刺激等，众说不一。长期的临床实践，使杜师对此有深刻的体会和独特的见解。他认为，辨证有虚实，治疗应注重补泻，而针灸补泻又不能忽视补泻手法的应用。杜师精辟地分析道，针灸医学发展至今已有两千多年的历史，其中精华、糟粕并存，书中文义古奥不易通晓，有些过于繁琐，难以操作，有些属推理性，缺乏实用价值，如以奇数、偶数、男左女右、上午、下午之别等来区分补泻便是。而近代有些医家仅用轻、中、重刺激来区分补泻，这似乎又过于简化，况且若以轻刺激为补，重刺激为泻，和古代的补泻等同起来又似有欠妥之处，如“烧山火”手法是一种刺激量较强的温补手法，若以轻刺激为补，两者就难以吻合。因此，杜师认为有必要把古今针刺手法融合贯通，去芜存菁，以便更好地发挥针灸治病防病的作用。

针刺手法的具体操作

临床实践中，杜师对古代的手法加以提炼改进，创造了一套行之有效、简便易行的独特针刺补泻手法。如“烧山火”、“透天凉”，古典法由呼吸、徐疾、提插、捻转、九六、开阖等单式补泻手法组合而成。而今杜师执简驭繁，对其作了较大的改进。

如对“烧山火”(热补法)的具体操作方法是在进针得气基础上，将针再插入1～2分深左右，行重插轻提多次，再以拇指向前，食指向后单向捻转数次，候针下有沉紧感时紧握针柄，勿令气散(不使针下脱离针感，意在守气)，使针下持续沉紧直至产生温热感。1次不效，可重复数次。出针时以拇指轻轻向后捻退1～2次，以防滞针，然后将针缓缓退出皮肤，速闭其孔。此法有温阳调气的作用，常用于治疗顽麻冷痹等虚寒性疾病，效果确较一般常用补泻手法为好。曾治一女性患者章××，50岁。主诉左肩关节强痛1月余。病由1月前淋雨受寒后致左肩关节酸冷阴沉，得热则舒，每逢阴雨天及夜间痛甚，肩臂抬举回旋功能受限。舌质淡红，苔薄白，脉细濡。杜师辨证属寒湿入络，气血痹阻，不通则痛，选肩髃穴用“烧山火”手法，加左下肢中平穴(在足三里穴下1寸，旁开1寸处)，针后当即感肩臂温暖舒适，患肢活动功能较来时明显改善，此后以上穴加减，手法同上，隔日1次，同时配合患肢功能锻炼，5诊便愈。杜师的“透天凉”(凉泻法)具体操作方法是在针刺得气基础上，将针提上1～2分，然后将针尖向着有感应的部位行重提轻插多次，再以拇指向后，食指向前单向捻转多次，此时紧握针柄，使针下或全身产生凉麻感，不效可重复数次，出针时摇大针孔，不按或轻按针孔。此法有泻热作用，多用于热痹或急性痈肿等实热性疾病。曾见杜师用此法治一急性关节肿痛的男性患者，来诊时两膝、踝、趾关节红肿灼热，痛不可触，关节活动不利，行走困难，由家属背来。查抗“O”<500 u，血沉60 mm/h，血清粘蛋白108 mg%。舌质红，苔

薄黄腻，脉弦数。病史已数年，常反复发作，每发作时在西医院诊治，服强的松等药，症虽见缓解，但反复不愈，近1周来天气阴变，酸痛又起，且痛势日重，渐至关节肿胀，功能受限。根据四诊，辨证为寒湿郁久化热，经脉气血郁滞，不通则痛。治拟清热利湿，通络止痛。穴取隐白，点刺出血；血海、阳陵泉两穴用凉泻法。起针时摇大针孔，挤血数滴。次日复诊时患者关节肿痛明显改善，已能扶杖行走。3诊后肿痛基本消除，原方加减治疗10次痊愈。化验结果已恢复正常，随访迄今未发。

又如子午捣臼法，杜师在进针得气基础上，以提插为主，也可适当结合捻转，反复在浅层和深层施术，是一种刺激较强的手法，有导引阴阳，疏通经气的作用。见治一患者，因右膝关节以下至足踝红肿热痛3月，行走困难，疼痛不舒，在××医院诊为丹毒，经中西药物治疗久而不愈，取阳陵泉、三阴交，用子午捣臼法，太冲点刺出血，5次竟愈。后来院诊治他疾，告之未复发。其他如治坐骨神经痛、肩周炎等亦常用此法，止痛效果颇佳。

再如凤凰展翅法，杜师进针达一定深度后，用拇食两指，大幅度搓针，一捻一放，在放针时拇食两指张开，形如凤凰展翅之状，能起快速催气或加强刺激量的辅助手法。其他如"龙、虎、龟、凤"四法亦经常应用，做法精炼，易学有效，在此不一一赘述。

针刺手法应用时的注意事项

杜师认为针刺补泻手法的应用，必须在针刺得气基础上进行，且须选用肌肉丰厚，感应较强的穴位，常用的穴位如合谷、足三里、阳陵泉、环跳等穴。

补泻手法的操作关键是要掌握好提插、捻转、守气三要点。具体在行针时，重插轻提为补，重提轻插为泻；拇指向前力量稍强，食指后退稍轻为补，反之，拇指后退力量稍弱，食指前捻力量稍强为

泻。因此提插的轻重，捻转的方向，是以医者在提插、捻转时指力的力度来区别的。再则守气，这点也是至关重要的。经曰“粗守形，上守神”。在针刺时必须凝神守气，注意针下经气之来复，经气来时慎守勿失。故杜师一再告诫我们针刺时要心手合一，做到“手如握虎，势若擒龙”。同时要求患者思想集中，注意体会针下感应，但忌暗示，这样医患配合，收效更著。

根据杜师经验，多种方法综合运用，包括古今各种刺法，如扬刺、巨刺、腕踝针、手针以及子午流注、灵龟八法等配穴法，继之施以适当的补泻手法，协同治疗，能提高针刺效果。

杜师认为刺激量应视患者的感应、耐受性及适应程度灵活掌握，不必强求或拘泥于九六之数。他指出九六补泻实质是个刺激量的问题，而机械地运用九补六泻，实属牵强附会。同时提出，对于一些复式手法，因刺激量较大，不宜1次取穴过多，一般每次选1～2个主穴即可。

对于某个病人或某一病证用某种方法，不是一成不变的，而是应当根据病人当时的机能状态，病情性质，病程长短及其症状变化而随证斟酌，并不断调整之。杜师强调指出：“只要辨证正确，配穴得当，补泻适宜，未尝不能随手而取效。”所以杜师治病，常常是因人、因病、因时而灵活变化。

总之，杜师对针刺方法是师古而不泥古，创新而不离谱，广收兼蓄，通过自己的实践，而简化一套行之有效的“得气”、“调气”、“行气”方法，并以辨证论治为原则，合理运用这些手法来取得比一般得气更好的疗效。

（曹　莉）

针灸学家陆瘦燕学术思想点滴



陆瘦燕(1909—1969),江苏昆山人。16岁随生父针灸名家李培卿学医,18岁在上海开业,针刺沉疴,屡见奇效,晚年卓成名家,蜚声海内外。1958年到上海中医学院工作,历任上海中医学院针灸系主任,上海中医学院附属龙华医院针灸科主任,上海市针灸经络研究所所长,国家科委委员,第三届全国政协特邀代表,上海市第一、二、三届政协委员,上海市南市区第一、二、三届人民代表,中国农工民主党上海市委委员,上海中医学会副主任委员,上海市针灸分会主任委员等职。发表论文22篇,著有《经络学图说》、《腧穴学概况》、《刺灸法汇论》、《针灸腧穴图谱》等。与上海教学模型厂协作创制与成人等大的经络腧穴电动玻璃模型,能显示经络循行与流注关系,并配合录音讲解,为针灸教学提供了现代化的直观教具。

陆老以聪颖之天赋,探《内经》之秘奥。博览群书,兼收并蓄,对技术精益求精,向古人学习,但又不拘泥于古。陆老对针刺的手法有独创之见(见本书“针法一得”篇),他重视经络学说对临床的指导。现介绍陆老的点滴经验以飨读者。

强调切诊,注重脾肾

陆老认为,窦默《标幽赋》中所称“下手处认水土为根基”一语,

指明了针灸治病的方向，并认为切诊是针灸辨证的主要方法之一，运用得正确与否，对提高针灸疗效有很大帮助。所以他在针灸临床工作中十分认真地诊察与脾肾有关的"脐下动气"、"虚里之动"以及太溪、冲阳、寸口等脉的变化，同时还详细切按经脉的皮部以及有关的背俞穴，从而正确地辨证论治。这种经验近人已很少应用，是陆老认真挖掘祖国医学伟大宝库，并应用于临床的独特风格之一。

切诊于针灸临床，不惟是诊断疾病的重要手段，而且也是选穴位、论补泻、别深浅、辨忌宜的主要依据。陆老在针灸临床上的切诊有求本源、察上下、辨左右、重整体等特点。

1. 求本源

(1)察肾间动气　"治病必求其本，是故切脉亦须求源"。《难经·八难》曰："十二经脉者，皆系于生气之原。所谓生气之原者，谓十二经之根本也，谓肾间动气也。此五脏六腑之本，十二经脉之根，呼吸之门，三焦之原。"陆老认为肾间动气，就是原气，是维持人体生命活动的真气。人身十二经脉，全仗肾间动气以为生发之源。因此，肾间动气的正常与否往往直接反映着机体的荣枯盛衰。关于肾间动气的部位，陆老从杨玄操之说，认为即丹田。平人阴阳协调，元气潜而不越，脉来有神。故其动应该和而缓，不急不躁，一息四、五至，与寸口相应。如按之像循嫩竹之梢，应手而弦，此为元阴不足，失其滋涵，以致阳气偏亢，脉现躁越。治当补其元阴之气，常取太溪、肾俞、关元等穴，严重时还可以出现结代之脉，说明元阳之气已衰，五脏六腑之气随之而衰竭，此时当用大艾炷急灸关元、气海、命门、三里等穴温固元阳，以防暴脱。

(2)察冲阳、太溪　冲阳、太溪，分属胃、肾两经，察此两脉，可以候脾胃、肾脏之气。陆老认为，人体的一切生机，无不决定于胃气的有无。胃气之在于脉，常人则表现为不疾不徐，不浮不沉，和柔轻缓，匀净分明。冲阳脉的搏动情况，往往可以反映胃气的盛衰。特

别是病脉中的胃气情况，更可以察知疾病的进退吉凶。张景岳曾说："如今日尚和缓，明日更弦急，知邪之愈进，邪愈进则病愈甚矣。今日甚弦急，明日稍和缓，知胃气之渐至，胃气至则病渐轻矣。即如顷刻之间，初急后缓者胃气来也；初缓后急者，胃气之去也。"陆老同意这个观点，临床上屡试不爽。太溪者，肾脉也，其脉与两尺相应。临床上，凡太溪脉濡细者，寸口尺部也常现微弱，上盛下虚者，寸口常大于太溪，下实上虚者，寸口常小于太溪；太溪独盛，则相火常炽。对于病情比较严重的病人，陆老经常以诊冲阳、太溪两脉来断其预后。认为人之元气，出自先天，为精神之父，人之胃气，出乎后天，为血气之母。后天必本先天为之主持，先天必赖后天为之滋养。病虽重，只要冲阳脉不衰，说明胃气犹存，生机未绝；但脉旺弦急，木来克土，则预后多为不良；如果胃气衰竭，冲阳脉绝不至，此乃"脉无胃气"，极为凶险。但如果冲阳偶绝而太溪脉尚盛说明肾气未绝，先天之根未断，纵然危候，无忧殒灭；若太溪脉绝，那就说明病已垂危，难以逆转了。

2.察上下　《灵枢·绝始》说："所谓平人者不病，不病者，脉口人迎应四时也，上下相应而俱往来也。"这段经文可以反证这样一个问题，脉若不应四时（春弦夏钩秋毛冬石）或上下不能相应，则是机体罹病的具体表现。陆老从大量的临床实践中体会到，凡肝阳上逆者，其颔厌脉往往搏动较甚，而寸口及太冲脉都相对弦细。临床上当补涌泉导血下行，泻行间以平熄肝风，补太溪以滋水涵木。如因脾肾两亏，中气下陷，其颔厌脉的搏动常现微弱而不易触及，而寸口三部及太冲脉亦细小微弱，治疗上应该灸百会，导清阳之气上升，取脾俞、肾俞、足三里等穴，补益脾肾，以治其本。

3.辨左右　《灵枢·官能》篇说："左右不调，把而行之"。故针灸治病，必切诊左右脉搏，视其有无偏胜的情况，然后给以适当的治疗。古人虽然认为男子主气左大为顺，女子主血右大为顺，但陆老认为，左右脉象，总以持平为善。临床上凡左右气血偏盛的患者，

脉象就会出现左右不平衡的情况。例如在中风发作前后每多此象，如果医者能及时发现，适当处理，则可防病于未然，而收到事半功倍的效果。

4.重整体　中医治病从整体出发，强调辨证论治。局部病变应该联系整体，整体病变也要考虑到有关局部。陆老认为要做到整体治疗，首先必须有整体的诊查，中医四诊就是最好的方法。就切诊而言，寸口脉固然十分重要，但作为针灸医师，还应该在这基础上充分发挥本学科的特点，以经络为纲，有目的地遍查全身。切按经络皮部和腧穴，要求医生充分掌握经脉是动病和所生病的具体内容和基础理论。例如咳嗽属肺、肾两经之病，临床凡兼胸痛、高热者，往往肺俞、中府、孔最等穴出现压痛；咳嗽咯血，面如漆柴者，则属肾经之病，其太溪、筑宾、俞府、肾俞等穴每每反应异常等。在治疗上可以取用该经脉的有关腧穴，热者清之，虚者补之。对于脏腑病体，陆老非常重视对(背)俞、募、原、下合穴的应用，并认为五脏疾，常常反应于背俞和原穴；六腑病，常常反应在募穴和下合穴；凡脏病及腑，腑病及脏者，应以切按(背)俞、募为主，前者兼原穴，后者兼下合穴。

陆老在临床治疗中对补肾健脾的穴位应用较多，取穴常偏重于气海、关元、太溪、复溜、足三里、中脘、脾俞、胃俞、肾俞等穴，旁及其他各经。如一患哮喘兼有遗精者，病已10年，久治无效，平时头晕目眩，心悸，健忘，神疲肢倦，腰背酸楚。脉沉细而数，尺部虚大，太溪脉盛于冲阳，苔薄舌质绛。他认为病属肺肾两亏，阴虚阳亢所致。乃施用滋阴降气，固精安神的治法，取肝俞以补肝，天突以泻壅滞之肺气，兼降痰浊，补关元以培本益元，补肾俞、复溜以滋阴潜阳，泻太溪以泄浮越之虚阳，泻神门以安心宁神。3诊后症情改善，太溪脉转静，冲阳脉微微现起。4诊后太溪脉平静，肾火潜藏，太溪穴改用补法。12诊后诸恙痊愈而停治。这是陆老重治肾脏，滋肾降气的例子。又有1例心动过速者，发作严重时心率可达100～130

次/分，手足紫绀，胸闷气促。平时心悸，怕冷，纳呆，面跗浮肿。切脉寸口弦细而数，两尺无神，脐下动气躁急，虚里之动略应于衣，舌绛紫，苔薄。陆老认为病系肾阴不足，离火妄动，宗气躁越，神气不宁所致。乃用固本培元，补土宁神之法，取关元以培补本元，补足三里以健脾胃，泻郄门、神门以安心神，泻内关宽胸兼以宁心，泻合谷、太冲以镇摄躁动之浮阳。连诊3次，心悸转宁，续诊至20次，诸症逐渐消失而巩固，可胜任工作。

实母虚子，泻南补北

《难经·六十四难》中提出了"阴井木，阳井金；阴荥火，阳荥水；阴俞土，阳俞木；阴经金，阳经火；阴合水，阳合土"，"阴阳皆不同，其意义何也"的问题。陆老解释说，是由于"阴阳刚柔之理，阳为刚，阴为柔，庚属阳，乙属阴，阴阳相交，乙庚相合而化生金运，所以阳井属金。六腑为阳，所出之井为庚金，庚金即大肠，腑以大肠为先，这就是阳经第一穴是井金的道理。乙者木也，为庚金之柔，五脏属阴，所出之井为乙木，乙木属肝，脏以肝木为首，这也就是阴经第一穴是井木之理。其他阳荥水，阴荥火；阳俞木，阴俞土；阳经火，阴经金；阳合土，阴合水，均是刚柔相济，阴阳相配的关系"。阐明了阳经和阴经五腧穴配属五行的原理，对子午流注法中"五门十变"的理论作了初步的论述。

陆老在临床上还十分重视阴阳五行理论和五腧穴的应用。为了阐发《内经》、《难经》经旨，他在《谈谈我在针灸临床上的点滴体会》一文中，对《难经·六十四难》、《难经·六十九难》、《难经·七十五难》中有关五腧穴配属五行和"子母补泻"、"泻南补北"等理论作了较为透彻的讨论。子母补泻法与泻南补北法都是根据五行生克关系，按经络和脏腑的属性以及相互之间的病理影响为基础来选配穴位，起补泻作用的，在临床上有一定疗效。

子母补泻法，以“虚则补其母，实则泻其子”为原则(即单纯的虚或实)，子母补泻的应用，就是配合五腧穴而处方取穴的。例如在肝经病实时，实泻其子，可以取泻本经的火穴(行间)，也可取子经(心经)的火穴(劳宫)泻之；若肝经虚时，当补其母肾水，可取肾经的水穴(阴谷)及本经的水穴(曲泉)补之；在必要时，也可适当配用表经的五腧穴，以加强疗效，方法也同上。如×××，女，素患贫血，平时心悸易怒。1月前因与邻居吵架，动怒啼哭，当晚未进饮食，次日感觉胸闷，饮食不甘，心下时时隐痛，噫气，大便不畅，时下利，日久不愈，身体消瘦，面色青白，言语时情绪激动。舌根厚腻，舌质红绛，脉细数。陆老取行间、天枢用泻法，大都、中脘用补法，行提插、补泻。诊治4次而愈。

泻南补北法是针对东方实，西方虚(即侮而不乘)的病理变化而提出的，东方实即木实，西方虚即金虚，泻南即泻火，补北即补水。陆老认为在木实金虚的病理变化下，木实生火，火实克金是必然的，所以，治疗上必须泻火救金以制肝木，实际上这是实泻其子之法。但金虚何以不补土母，而要补水呢？陆老解释这是古人通过实践提出的权宜之法，即在土平无恙情况下，补之使实，则犯制水之忌，水亏无以克火，火旺则更伐金，那么非但不能取得治疗效果，反而更造成恶性循环，因此提出补水，水不虚则可制火，火衰而不烁金，则金虚得治，金坚而能制木，则木因而平矣。据此推论，火实水虚，在金平无恙时，可以补木泻土；土实木虚，在水平无恙时，可以补火泻金；金实火虚，在木平无恙时，可以补土泻水；水实土虚，在火平无恙时，可以补金泻木。这是陆老受《难经·七十五难》“泻南补北”说的启发下，推衍演化成的一类特殊选穴方法，可以作为临床的参考。

(黄琴峰　吴绍德)

欧阳群副教授学术经验介绍



欧阳群，1932年生，湖南湘乡县人。1954年毕业于第九军医学校。60年代初曾师从著名针灸专家贺惠吾专攻针灸。历任第一军医大学中医系针灸教研室主任、副教授、副主任医师，中国针灸学会针法灸法研究会副理事长，全军中医学会理事、针灸研究组顾问，广东省针灸学会副主任委员，阿根廷中华针灸学会顾问等职。他从事针灸医疗、教学、科研工作36年，在针灸临床和针刺手法研究方面造诣较深。他主持参加的《针刺、药物穴位注射治疗黧黑斑100例疗效观察》课题，荣获全军医学科技大会二等奖。1990～1991年曾应邀赴古巴讲学，为古巴培训了50余名针灸医生，东哈瓦那市政府授予他金质荣誉奖章。

欧阳老师从事针灸工作30余年，在国内外针灸界具有一定的知名度。在长期的医疗实践中，他勇于探索，潜心钻研中医针灸理论，并注重结合现代医学知识，继承中有所创新。在针灸临床和手法运用方面有较深的造诣，尤其在一些奇难杂症治疗方面确有独到之处，深受患者的欢迎和好评。

驭气调经，是取得疗效的关键

"气至病所"是针灸治疗取得良效的关键，历代针灸医家都十

分重视手法在治疗过程中的作用。欧阳老师吸收各家之长，并结合个人的体会，提出了运用不同指力，不同捻转方向和幅度，以控制针感，提高疗效的针刺方法。他深深体会到，针刺治疗时，患者针感出现的有无，针感能否传到病所，针感能否保留一定的时间，都与疗效有着密切的关系。因此必须严格掌握进针方向（即针体与皮肤成斜刺角度进针，针尖所指的方向就是针感传导的方向。如果平刺，则针感只局限在针刺穴位的范围内）和捻转方向（一般顺时针方向捻针，针感向下传，逆时针捻针则针感向上传），并配合循法使针感向所需方向传导。他还就如何保留针感和消减过强的针感提出了自己独特的见解。如针刺得气后，用一定的指力持捏针柄，向一个方向捻针数圈，再改用轻微指力持针柄，向相反方向捻转半圈，与此同时将针提起少许，再迅速出针，这样针刺部位就留住了针感。欧阳老师的这一手法技术曾多次在国际及全国性的学术会议上交流、表演，颇得同道好评。1991 年经中国针灸学会收集整理，编进了录像片《中国针法灸法精萃》，向国内外发行。

潜心探索，治愈罕见难症

皮肤黑变病是一种病因不明的皮肤色素沉着性疾病，中医称为黧黑斑。这种疾病国内外杂志报道甚少，尚无有效的治疗方法。由于本病多见于女性，面部甚至全身大面积黑色素沉着，给患者造成了极大的痛苦。欧阳老师查阅了大量的资料，认为本病可能与内分泌失调有关。他根据针灸疗法具有调整机体功能的特点，按照中医经络理论，采用针刺和药物穴位注射相结合的方法，在 1974～1986 年间共治疗 100 例，取得了 95％的疗效，其中治愈 16 例，显效 39 例，随访 3～12 年，远期疗效巩固。如患者郑××，女，38 岁。在野营训练劳累后觉全身皮肤发痒，继而颜面、耳后皮肤出现小片黑斑，逐渐扩大，4 个月后延及全身。以后冬季皮肤色素加深，肤色

如漆，夏季则灼热奇痒难忍，常伴心烦易怒，失眠多梦，头晕耳鸣，月经量少，性欲减退，曾多次就诊于上海、广州等地医院，均诊断为皮肤黑变病，治疗无效，且日渐加重。欧阳老师接诊后，认为该患者皮损特点及兼证均与肝肾功能失调有关，治宜滋肾养肝，活血祛风，行气化瘀。取风岩、足三里、大椎、曲池、血海、三阴交、行间、肺俞、心俞、肝俞、肾俞，采用平补平泻手法，留针感而不留针。穴位注射用丹参或当归单味针剂，取肺俞、心俞、肝俞、肾俞，每次取 2 对穴，每穴注射 0.5ml，每日 1 次，10 次为一疗程，疗程间休息 3～5 天。历经 16 个月的治疗，患者肤色复常，诸症消失，追踪随访 14 年未复发。欧阳老师治疗本病所取得的效果，曾被国内外多家报纸杂志报道，引起了有关专家的重视和肯定，他们认为，欧阳老师为黑变病的治疗探索出了一条有效的新途径。1987 年在全军医学科技大会上，《针刺和药物穴位注射治疗黧黑斑 100 例观察》的课题荣获二等奖。

中西合参，古穴新用

夹脊穴为临床应用范围较广泛的一组穴。最早记载于晋·葛洪所著的《肘后备急方》，一般是指 T_1～L_5棘突旁开 0.5 寸的 34 个穴位，也有人提出颈夹脊的概念。欧阳老师在使用夹脊穴治疗颈椎病时结合现代神经解剖学知识，即根据脊神经分布区域，选取与夹脊神经节段相应的夹脊穴，着意深刺，使针尖直达椎板骨膜，并采用提插捻转相结合的补泻法，意在直接影响夹脊穴所在部位的组织，引起针感传导反应，通过神经体液，影响神经末梢释放的化学介质，调整改善脊椎内外环境，达到消除和缓解肌紧张，消除痹痛的目的。如患者××××，某国驻古巴外交官，患颈椎病 11 年，近 2 年症状加重。颈部疼痛发僵，活动受限，伴右手臂麻木乏力。经检查，颈后肌肉僵硬，深压痛(卄)，颈椎棘突右偏，右手握力 0 kg(健

侧握力 38 kg)，臂丛神经牵拉试验(＋)，椎间孔压缩试验(＋)，X 线摄片示 $C_{4\sim6}$椎体前后缘增生，椎间隙变窄。针刺 取 $C_{4\sim6}$旁双侧夹脊穴，每次 4 穴，每周 1 次。首次针后颈部不适感基本消失，当即能自行转首，麻木症状减轻。第 2 次治疗，颈部僵硬消失，活动自如，手臂麻木消失，握力增加。共治疗 4 次，症状及体征消失，握力恢复正常，随访 4 个月疗效巩固。欧阳老师采用深刺夹脊穴的方法治疗颈椎病 156 例，临床治愈率达 49%，而且本法有见效快(首次治疗有效率 56%)，疗程短(一般只需治疗 3～5 次)的特点。他指出，采用夹脊穴治疗必须准确判断病位，如哪几个椎体或脊神经发生病变，就取与之相应的哪几对夹脊穴；再者行针手法强度以患者有轻微针感为宜，不可过强，每次运针时间不超过 1 分钟，以防晕针；而定位准确和深刺至椎板骨膜是治疗的关键。欧阳老师还采用本法治疗带状疱疹、下肢疼痛以及感觉异常等患者近 200 余例，均是根据神经分布区域而用相应的夹脊穴，都取得了较好的临床效果。1991 年在北京召开的国际针法交流会上，欧阳老师作了示范表演，受到与会专家的好评。

善用奇穴、新法，屡获良效

经外奇穴是古今针灸同行在临床实践中摸索出的一类腧穴，在治疗某一病证方面有独特的疗效。奇穴是经穴的补充，也是针灸医学发展的客观需要。欧阳老师在长期的医疗实践中，勤于探索，在继承前人经验的基础上，有所发挥。他善用奇穴，在治疗各种病证方面，屡获良效。如落零五穴是位于手背的一个奇穴，欧阳老师用它治疗各类痛证 120 例，1 次治疗显效率达 65%。他指出，本穴为临床镇痛的良穴，无论是治疗急性或慢性疾病所致的各部位的疼痛，均有较好的疗效，且疗程短，疗效持久。如患者刘××，男，36 岁。素有尿路结石病史，反复发作数次，经 X 线摄片和同位素扫描

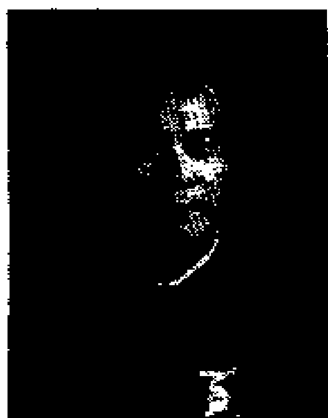
诊断为左侧输尿管下段结石。此次于夜间突然发作，腰部绞痛，向左侧腹股沟处放散，伴有血尿及尿意、便意感，在床上辗转不安达4小时。欧阳老师应邀治疗，针刺落零五穴(左侧)，2分钟左右即见疼痛逐渐减轻，留针1小时，患者安然入睡。以后数次发作，均针本穴而获较好的镇痛效果，确有神奇之功。另外，他还用本法消除针后遗留的全身或局部的不适反应和配合纤维胃镜检查，既扩大了腧穴的主治范围，也为临床提供了一种简单有效的方法。

遵古而不泥古，善于吸收和使用新疗法是欧阳老师临证的又一特点。如腕踝针疗法是近20余年发展起来的一种新的针刺方法，欧阳老师在国内针灸界较早地推广应用了这一疗法。1976年就在江西省萍乡市开办了腕踝针疗法培训班，在授课中，他注重结合临床，用本法治疗了多种疾病，给学员们以深刻的印象。1990年，他应邀在古巴讲学期间，曾在多种场合使用腕踝针疗法，治愈了多例顽固性疼痛、全身瘙痒等患者，令古巴同行赞叹不已。他还用羊肠线穴位埋植方法治疗了诸如支气管哮喘、溃疡病、癫痫、过敏性鼻炎、术后遗留疼痛等顽症，取得了较好的临床疗效。这些都体现了欧阳老师善于吸收新知识，在继承中有所发扬的学术特点。

欧阳老师杏林辛勤耕耘30余载，建树颇丰。由于篇幅及笔者水平所限，我只能摘其中一二，以飨同道。

(喻国雄)

罗诗荣老中医临证经验介绍



罗诗荣，1923年生，安徽合肥人。16岁跟随伯父罗茂洲先生学习针灸，20岁悬壶杭州，1958年参加联合诊所（即今杭州市针灸专科医院）至今。曾任浙江省和杭州市针灸学会理事，阿根廷中华针灸学会顾问，辽宁省丹东市中医院针灸顾问，多次被评为浙江省和杭州市劳动模范，1989年被评为全国劳动模范，1991年又荣获了浙江省“白求恩式”的大夫称号。现为杭州针灸专科医院针灸副主任医师，杭州市针灸医院名誉院长，杭州市名老中医，杭州市针灸学会顾问等职。在国内外发表论文10余篇。其中《铺灸治疗类风湿性关节炎65例临床观察》被评为杭州市科技优秀论文二等奖，1990年《铺灸治疗类风湿性关节炎的临床研究》通过了杭州市卫生局科技成果鉴定。

罗氏从事针灸临床50余年，强调督脉证治，善用铺灸疗法，擅长治疗中风、面瘫、痹证、哮喘、慢性肝炎、不孕症等疾病。

擅用铺灸

铺灸又称长蛇灸，常取督脉施治，其铺灸面广，艾炷大，火气足，温通力强，非一般灸法所及。能起到温补督脉，强壮真元，调和阴阳，温通气血之功。适合于督脉诸证和慢性、虚寒性疾病。如痹

证(类风湿性关节炎、风湿性关节炎等),腰痛(腰椎、胸椎、颈椎骨质增生和腰肌劳损等),哮喘(慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等),虚劳诸疾(迁延性肝炎、乙型肝炎、神经官能症等),慢性胃肠疾病等。

铺灸时间　暑夏三伏天,以白天为宜。

取穴　督脉(脊柱正中督脉大椎穴至腰俞穴止)。

敷料　斑麝粉 1~1.8g(斑麝粉由麝香 50%,斑蝥粉 20%,丁香粉 15%,肉桂粉 15%组成),去皮大蒜捣烂成泥 500g,陈艾绒 200g。

操作　病人俯卧床上裸露背部,在脊柱上常规消毒,涂上蒜泥汁,在脊柱正中线撒上斑麝粉,然后置一张长约 80 cm,宽 10 cm 桃花纸,并在桃花纸上(大椎至腰俞穴之督脉处)铺 50 mm 宽,12 mm 厚的蒜泥 1 条,然后在蒜泥上铺成如乌梢蛇脊背状的长蛇形艾炷 1 条,点燃头、身、尾 3 点,让其自然烧灼,燃尽后继续铺艾炷 1 条施灸(一般以 2~3 壮为宜),灸毕移去蒜泥,用湿热毛巾轻轻揩净,即施灸完毕。灸后可起水泡(在此期间严防感染),至第 3 天用消毒针引流水泡液,并用药棉揩干,涂上龙胆紫药水,隔天 1 次,直至结痂脱落止。

医嘱　灸后 1 月内饮食忌生冷辛辣,肥甘厚味,鸡鹅和鱼腥发食等,禁冷水洗浴(可用温水),避免冷风,忌房事,全休 1 月。

巧用雷火针

罗氏运用雷火针治疗肩周炎、网球肘、面神经麻痹、中风偏枯及四肢关节的局部疼痛诸症。曾治肩周炎 34 例,有效率达 92%。

雷火针刺法　罗氏制作的雷火针如木棒硬耐炎。采用专用工具(直径 10 mm 水管,长 25 cm,对半锯开,管的两爿内面涂微量菜油,待用),将药绒放入管内塞紧(药绒由艾绒 150 g,丁香、肉桂、乳

香、没药、姜黄、羌活、防风、木香、沉香、穿山甲各 3 g 研为细末，过筛后加入麝香 0.3 g 及少许糊汁搅匀待用)。再将管内药绒敲紧，分开两半爿水管，取出如爆竹状的药绒杆，用一层棉纸糊紧，外用桑皮纸厚糊 3～5 层，阴干后待用。

操作方法　用酒精灯点燃雷火针 1 次，在施灸部垫 2～3 层草纸，用点燃的一头雷火针趁热，快速、重按、烫灼于腧穴 15～30 秒钟，每次每穴灸 3 度(次)为宜。

张××，女，46 岁，干部。1988 年 10 月 20 日初诊。右侧口眼歪斜 2 个月。患者右侧面肌麻痹，右眼睑闭合不全，右额纹消失，鼻唇沟浅，鼓腮漏气，不能皱眉和露齿，口角左歪，漱口漏水，咀嚼障碍。拟温通经络，祛风散寒。取患侧地仓、颊车、阳白、太阳、下关，用雷火针熨灸各 3 度(次)，使局部皮肤微红不发泡，每日 1 次。经灸治，症状逐渐改善，12 次后改隔日 1 次，共 22 次而获痊愈。

重视化脓灸

化脓灸取效的关键是促使其灸后化脓为要，所以，罗氏施灸，非常重视灸疮的发与不发，强调灸后贴淡水膏时，须食鱼腥或饮酒酿等发物 3～5 天，促成灸疤化脓。若不发，可继食发物，并在灸疤处热烫，促其化脓得灸疮为要，常用本法治疗一些慢性胃肠疾患和哮喘，也可预防中风或作强身保健。罗氏治慢性胃肠疾病常取足三里、中脘和督脉之命门穴。治哮喘除取风门、肺俞外，必加督脉之大椎、身柱两穴或任脉之膻中穴。预防中风除取足三里外，必加悬钟、阳陵泉；体质虚弱之强身保健而以足三里为主，慎加督脉之大椎，任脉之气海穴。罗氏认为，化脓灸用之得当，疗效胜过针刺。例如陈×，男，56 岁。常年大便不实，每日 2～3 行，纳食逐渐日减，形体消瘦日甚，舌苔终年白腻。曾多方求医而效不显。罗氏诊为脾肾阳虚，运化失司，寒湿内盛。宜用灸治。即取艾灸足三里、中脘、命门，

各灸3壮。嘱其灸疤处贴敷淡水膏，每天更换，食腥5天。3个月后陈××来院致谢，胃纳增，大便已实转常，舌苔白腻消退，体重增加3 kg。嘱其半年灸治1次，以资巩固而愈。又如沈××，43岁。肘尖部疼痛，手臂活动受限3月，前来诊治。罗氏取雷火针点燃，在肘尖压痛点，趁热烫灼5度(次)。2月后，沈××登门致谢已愈。

首创"棒香无烟灸"

罗氏在长期的针灸医疗临床中，创制出"棒香无烟灸"(简称"无烟灸")，其以辛温芳香，功专窜透，无味无烟，止痛力强等特长，治疗某些风寒湿痹，常收到比较满意的疗效。对于网球肘等局部痛点病证，灸之常能立竿见影。

无烟灸制法　取檀香、沉香各2份，乳香、没药各1份，研为细末，加少许糊汁搅匀，制成1根长15 cm，直径0.3 cm圆柱，晒干，即沉檀柱香。把沉檀柱香装于铁锅内，上扣小铁锅，或装于罐内，上盖小土碗，两锅结合处用盐泥或黄泥封固，待盐泥稍干，扣锅上压一重物，用武火煅烧至透为度(全部炭化)，一般煅烧大约20分钟，待冷却后，取出，截成长1 cm的乌黑小圆柱，此即成"棒香无烟灸"。

操作方法　在患者压痛点明显处，找出阿是穴(即灸点)，用无烟灸一头少粘一点糊汁，然后放在灸点上。点燃炷头，使其自然烧灼，一灸毕，再上一新炷，如此连续5壮，要求局部潮红不起泡为度。灸后勿下水，注意休息。

此法活血止痛，芳香走窜力较强，曾治网球肘21例，有效率100%。如王×，男，45岁，木工。右肘部疼痛3月余，提物乏力，半月后症状加重，经针灸、理疗、封闭治疗，症状未见好转。取阿是穴，无烟灸灸之。经2次治疗，疼痛明显减轻，以后每5天灸治1次，继治3次，症状完全消失而痊愈。半年后，患者云此症从未复发。

医案选辑

例1 痹证(类风湿性关节炎)

郭×,女,26岁,干部。1989年7月23日初诊。

主诉 四肢关节肿痛,活动受限半年,加重1个月。

病史 患者于半年前因接触冷水,不注意保暖,逐渐引起四肢关节疼痛肿胀,活动受限,以双手第3、4指关节为著,并逐渐加重。曾在当地医院住院治疗,诊断为类风湿性关节炎,经激素和氨苄青霉素等多种药物治疗,疗效欠佳。近1个月来病情加重,低热,关节疼痛肿胀,夜不能寐,晨起关节僵硬,不能活动,经人介绍,由宁夏赶赴杭州来我院要求铺灸治疗,门诊拟类风湿关节炎收治入院。

检查 神志清楚,痛苦面容,脸色潮红。体温38.3℃,心率88次/分,呼吸20次/分。双肩、肘、腕、指及踝关节肿胀、压痛(+),双手第3、4指关节轻度梭状变形,关节屈伸不利。舌淡红,苔薄白腻,脉弦细。血沉67 mm/h。抗"O"833U,类风湿因子(+)。

诊断 痹证(类风湿性关节炎),着痹型。

治疗 温阳扶正,温经散寒。

患者于7月30日铺灸,次日查房时即诉关节疼痛骤然减轻,四肢活动自如,体温降至37.3℃。8月9日复查血沉40 mm/h。抗"O"正常范围。类风湿因子(—)。中药调理2周,于8月14日出院。半年后随访,回宁夏后一直上班至今,活动如常。

按语 该病多由素体阳虚,卫外不固,风寒湿邪乘虚内袭,使督肾虚衰,病邪痹阻经络关节所致。采用铺灸疗法,主要取其大蒜解毒散寒消肿,麝香丁香走窜、透骨通络散结的功能,通过艾灸温和火力的逐步渗透,经脊柱督脉经络的传导,激发经气,内达脏腑,外通肢节,调整身体内部脏器的功能,达到强壮真元,调和阴阳,温通气血的功用,提高了机体的抗病能力。

例 2　中风(脑溢血)

宗××,男,49岁,干部。1988年12月20日初诊。

主诉　右侧肢体活动障碍伴语言不清50天。

病史　患者于1988年11月1日参加工作会议时突然失语,面部肌肉抽动并随之瘫坐在椅子上,当时无意识障碍,无四肢抽搐,无恶心呕吐,无大小便失禁。即请当地医师会诊,体检时发现右侧上下肢瘫痪,即以"高血压病和脑溢血"急送当地人民医院抢救,采取降颅压、降血压及抗炎治疗,遗有右侧肢体不完全瘫痪伴语言不清,排尿困难,须依赖导尿或注射利尿剂方能解出。经介绍来我院针灸治疗。

检查　神志清楚,面色少华,形体较丰,语言蹇涩,右上肢肌力Ⅰ级,右下肢肌力Ⅰ～Ⅱ级,肌张力下降,左侧肢体活动正常。两便有便意,但排出不畅。舌淡红苔白腻,脉弦。血压17.3/12 kPa(130/90 mmHg)。颅脑CT示左基底节(豆状核)出血,血肿大小7 cm×2.3 cm。心电图示ST—T呈劳损型改变,电轴左偏。血脂化验示总胆固醇5.46 mmol/L,甘油三脂1.36 mmol/L。

诊断　中风(脑溢血恢复期,高血压病Ⅱ期),阴虚阳亢型。

主穴　风府。

配穴　肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、八邪、中渚、环跳、秩边、阳陵泉、足三里、绝骨、三阴交、解溪、丘墟、太冲。

先针风府,令患者卧床静养。次日小便能自行解出。入院第3天,以配穴为主,每次交替选用7～8穴,留针30分钟。

治疗1周后已能自行扶物步行,半月后步行自如,可在家人陪同下步行1公里以上路程,配合服用华佗再造丸,语言清楚,思维敏捷,可写短信,颅脑CT复查,血肿已全部吸收。调理巩固2个月后,痊愈出院。

按语　《行针指要歌》中曰:"或针风,先向风府百会中",风府为督脉经穴,针此处可使脑内出血立止,起到令病情稳定和减轻的

效果。但此穴深处邻近延髓，浅刺无效，深刺有一定危险，须绝对掌握针刺方向及手法。风府穴见效后再取手足阳明经，调和气血，引血下行，兼而吸收脑内血肿，大脑功能恢复则肢体功能必愈矣。

例 3 哮喘(支气管哮喘)

周××，男，16 岁，学生。1980 年 4 月 18 日初诊。

主诉 哮喘反复发作 10 余年。

病史 患儿 5 岁时，受冷感冒失治，遂成哮喘宿疾。初起 1 年中发作 2～3 次，近年来发作较频，常因受寒或劳累而作，好发于夜间，需用氨茶碱和激素等药物始能缓解，经多方医治效微。此次因劳累而发作，经人介绍前来我院诊治。

检查 患儿形体消瘦，脸色㿠白少华，喉间痰声漉漉，张口抬肩，呼吸短促，口唇紫绀，痰稀多泡沫。舌淡胖苔薄白根厚腻，脉象小数。

诊断 哮喘(支气管哮喘)，肺肾两虚型。

治疗 宣肺定喘，温肾扶正。

取列缺、定喘、孔最、肺俞、风门。针刺列缺、定喘各 5 分深，孔最 1 寸深，以捻转刺法使针感向喉部放射，留针 15 分钟。针肺俞、风门，浅刺疾出法加拔火罐，10 分钟左右哮喘症状缓解，气急转平。遵治病求本之训，嘱其伏天来院铺灸治疗。患儿于同年初伏天来我院灸治，于督脉上铺灸 2 壮，起水泡多而大。

当年哮喘未发，曾追踪观察 7 年之久，未服其他药物，哮喘未见复发，参加劳动至今。

按语 哮喘一证，病由痰浊内伏，复感新邪触发，肺失宣肃所致。该病初发多由痰饮伏肺，气郁痰壅，阻塞气道，表现为邪实为主。如反复发作必致肺气受损，病久不愈，累及脾肾，又多见虚象。其病在肺，究其根源都在脾肾，而以肾虚阳衰为主。根据发时治标，平时治本之原则，作者多年来更重视缓解期的扶正益肾，温补灸法的运用。用针刺加拔火罐疗法，祛邪以治其标，用传统铺灸温阳扶

正以固其本。实践证明，用铺灸治疗该病疗效显著，尤其对少年儿童哮喘常可收到根治之效。

例 4　胁痛（慢性肝炎）

沈××，男，28 岁，工人。1986 年 5 月 13 日初诊。

主诉　右胁下隐痛，纳呆乏力 3 年余。

病史　起始自感全身乏力，工作易疲劳，继而出现纳呆腹胀，呕恶，溲黄，胁痛隐隐。遂入某传染病医院住院，胁痛恢复正常出院。因未注意休息，半年后病情复发，虽经多次住院治疗，胁痛未能好转，因长期服药未效，来我院铺灸治疗。

检查　面色㿠白，脘腹胀满，纳呆厌油腻，溲黄便溏。两胁压痛明显。舌质淡，苔白腻，脉象细缓。黄疸指数 6 U，麝浊 8 U，锌浊 7 U，谷丙转氨酶 151 U，γ-谷氨酰转肽酶 99 U，乙肝表面抗原 1：128，核心抗原（＋）。

诊断　胁痛（慢性活动性肝炎），脾肾阳虚型。

治疗　温补肾阳，健脾化湿。

患者于 5 月 13 日铺灸，灸中督脉两边出现青色晕斑，灸毕全身舒适，1 个月后随访，灸后两胁隐痛已除，腹胀消失，纳食增加，精神转佳，肝功能（谷丙转氨酶、γ-谷氨酰转肽酶）转为正常，唯乙肝表面抗原和核心抗体仍为阳性。3 月后复查，乙肝表面抗原和核心抗体均转阴性。在此期间，未服其他药物。以后经多次肝功能检查均正常，随访观察 2 年余，疗效巩固，已恢复上班工作至今。

按语　胁痛是肝胆疾病之特征，也是慢性肝炎最常见的症状。该病之胁痛以右胁下隐痛为主，其病程长，遇劳则反复发作。肝病传脾，故纳呆，腹胀便溏，脾虚不运之象可见。子病及母则神疲乏力，腰膝酸软，肾虚之象可见。该病初起多为肝气郁结，标实为主，久延不愈，则为脾肾阳衰，本虚多见。以此论治，一面当温运气血而疏调肝气，一面当温补肾阳以化湿健脾，两者不可偏废。

例 5　蛇丹(带状疱疹)

陈××，男，31 岁，工人。1984 年 5 月 8 日初诊。

主诉　右胸腹剧烈疼痛 2 天。

病史　患者于 2 天前开始右侧胸部疼痛并逐渐向腰部延伸，痛痒异常。

检查　神志清楚，右腹部如米粒大小的两簇密集豆疹从右侧腹部向腰背部延伸，局部皮肤压痛(+)。

诊断　蛇丹(带状疱疹)，风火毒邪型。

治疗　调和营卫，活络止痛。

在最初发的疱疹首端，找寻水泡较密集的左右两处，俗称“蛇眼”穴上，及疱疹延伸尾端前后一二处的俗称“蛇尾”穴上，常规消毒后，搽以蒜汁，各放麦粒大小的艾炷，点燃后施灸，医者用口对准艾炷微微吹风，速燃艾火(泻法)，当病人感到灼痛甚时即用镊子将艾炷夹去。这样按先眼后尾顺序灸治 3 壮即可。

按上法用麦粒灸蛇眼、蛇尾各 3 壮，并用艾条局部薰灸 15 分钟，灸后当晚痒痛均减。第 2 天视疱疹不再延伸，继续艾条薰灸 15 分钟。第 3 天已见水疱开始焦头，刺痛已消，至第 5 天疱疹结痂脱落痊愈。

按语　带状疱疹多由体虚劳累时，感染湿毒或风火之邪，以致局部经络、肌肤之营卫壅滞发为疱疹。其病在皮毛，根在于肺，肝藏血功能失调。肺主气属卫，肝藏血属营，目前临床治疗该病多以针刺泻法为主，作者近年来采用艾灸治疗该病，取效迅速，疗效显著，尤对初病早期疗效更佳。

(朱月伟)

金舒白老中医学术经验介绍



金舒白(1911—1991),上海县人。从小继承家传,学习中医,专攻针灸。16岁开始在本乡开业,1937年移居上海悬壶,直至解放后。1952年进入上海市第十一人民医院工作。从事针灸工作60余年。生前曾任上海市针灸学会第二届副主任委员,卫生部针灸针麻专题委员会委员;上海市精神医学学会委员,上海中医学院专家委员会委员,上海市针灸经络研究所研究员,硕士及博士研究生导师等。她指导的课题"甲亢症的针刺疗效与机理研究",获1987年全国中医药重大科研成果乙级奖;"针刺治疗内分泌性突眼症的临床研究",获1987年上海市卫生局二等奖。

金老具有丰富的临床经验,精深的学术造诣,高尚的医疗道德,严谨的治学作风,素为人们所称颂。

擅治精神科疾病

金老经过长期探索,形成了一套独特的治疗精神病的方法:治疗狂症,取任脉上的鸠尾透巨阙,中脘,上脘(简称"胸三针");或取人中透龈交、间使透支沟。手法是提插加捻转,刺激量较重,尤其是人中透龈交,进针1.5寸以上,用重度提插法,直至病人泪出,以达

镇静，清心，导痰之效。有时配用中药大承气汤或生铁落饮；治疗癫症，取督脉上的风府、哑门、大椎、身柱等穴；或取印堂透面针心区，以及内关。用提插捻转手法，刺激量较轻，以求安神，疏郁，调阴之果。有时配用中药甘麦大枣汤合温胆汤。

金老认为，对于早期狂躁实证要不失时机，针刺泻阳，中药导下。如果错过这个时机，因循日久，阳邪入内，化为阴邪，又过服西医镇静药，以后反复发作，变成顽固性癫症，就难以下手了。长期过多服用西医镇静药会有副作用，可导致痴呆症，故在针刺见效基础上，有计划地逐步减少西药量，乃至最小维持量，较为适宜。

金老认为，癫狂之证与心君关系最为密切，所以要选择与心经、心包经有关的穴位，还要根据临床见症进行辨证施治。例如，对于心肝火旺配太冲；肾阴不足配太溪、三阴交；痰多配丰隆；青春型精神分裂症配蠡沟、间使、然谷、太冲；更年期忧郁症配三阴交、太冲；年老体弱配命门、关元；木僵型精神分裂症取风府、大椎、身柱、筋缩、长强，以及四神聪、后溪、申脉、照海；单纯少语痴呆症取哑门、风府、四神聪透百会，以及通里、大钟；对于慢性病人或治疗巩固期病人，则根据脏腑虚实，选用背俞穴以及魄户、神堂、譩譆、魂门、志室等。

另外金老还常常根据原络配穴的原则，取用合适的穴位。如喜伤心，取大陵、外关；怒伤肝，取太冲、光明；思伤脾，取太白、丰隆；悲伤肺，取太渊、偏历；恐伤肾，取太溪、飞扬。金老又常常依照子母补泻的原则进行选穴。如心不足，补少冲、大敦；心有余，泻大陵、太白；肝不足，补曲泉、阴谷；肝有余，泻行间、少府等。

金老又主张对精神病人采用心理疗法，根据《素问》中“五志相胜”的论述和朱丹溪的“活套疗法”，进行情志的生克制化，从而治疗五志过度导致的精神病。

巧治甲状腺疾患

为治疗甲状腺病，金老创设了3个奇穴，单纯性甲状腺肿，取“气瘿穴”；甲亢性肿块，取“平瘿穴”（或与“气瘿”交替使用）；甲亢性突眼，取“上天柱”。

所谓“气瘿穴”，是以水突穴为中心，根据肿块大小，定位稍有出入。针刺时针体稍向下，自肿块边缘斜插入腺体中，稍加提插。对于颈前双侧弥漫性肿大者，取左右“气瘿穴”，用双针“旁刺法”；对于单侧肿块较大者，取患侧该穴，用三针“齐刺法”；对于单侧肿块较小者，取患侧该穴，用单针合谷刺法。

所谓“平瘿穴”，在后项部第四、五颈椎间旁开7分处。进针时双侧针体稍向内斜，刺入7分许，作徐入徐出的导气法，要求针感渐渐环颈循行到喉结部。

所谓“上天柱”，在天柱穴上5分处，按之有酸胀，刺之有感应。进针时针体稍内斜，刺入1.3寸以上，作短提插，要求感应达到眼区。另外取风池穴，进针1.3寸，作导气法操作，要求感应达到太阳穴处。

除了上述3穴，金老还根据临床兼症进行辨证施治，在四肢肘膝以下取一二有关穴作配合治疗。她认为如果单纯取远道穴来治疗甲亢，尽管治疗以后颈部肿块无明显缩小，但基础代谢会有所改善，所以配用远道循经穴位，可以提高疗效。

探索针刺麻醉的方法

金老是早期参加针麻工作的针灸医师之一，对针麻研究有重大贡献。首先，她认为对病人要按照中医理论进行辨证分型，这是针麻成功的关键之一。要辨病人的皮肉筋骨、体质类型与五行属

性；要辨病人的性格勇怯、思想情绪；要辨病人的证型类别、阴阳虚实。

在手术前要根据上述类型对病人作好思想工作，使勇敢轻诺者重视困难，认真对待；使懦怯犹豫者理解针麻，树立信心。要根据病人的阴阳虚实，采用针灸和中药治疗，使病人的病理证型得到转化，更好地适应针麻的需要。还要训练病人作均匀柔缓的腹式呼吸，使病人在手术时能通过调息转入安静欲寐状态，以提高针麻效果，克服手术中某些难关。

针麻的取穴，金老认为应根据循经取穴的原则选用相应穴位，一般选用四肢远端穴，以俞、原、络、郄穴为主，并认为得气感强的穴位效果更好。此外还可选阿是穴和经验穴。她常选用手足同名经穴作互相配合呼应。她又认为，明确穴位分组有重大意义。

针麻的基本手法是提插捻转相结合，采用轻重、深浅、徐疾等不同操作。操作时上下肢左右侧穴位上的手法必须协调一致，同步捻转，互相配合。手法的关键是要掌握刺激量的大小和维持得气状态。为此要根据病人的阴阳虚实、皮肉筋骨、体质情况和五行属性的不同，因人而异，运用轻重缓急不同的刺激方法。

此外，还要根据手术的不同步骤，采用不同的操作，使手法有条不紊地适度调节，使各穴位之间能有分有合，相辅相成。手法操作要比手术操作先行一步，以免"临渴掘井"措手不及，因此必须熟悉外科手术不同的操作步骤。在手术中，针麻术者必须聚精会神，目视刀向，刀落针重，刀起针轻，环环紧扣，急则治其标，缓则治其本，灵活机动，相应行事，不能墨守陈规，一成不变，这样才能产生良好的镇痛效果。

阐发针刺手法的要领

金老认为，行针操作最重要的是要得气，若"经气已至"，则当

"慎守勿失"。但是为了获得得气感应，每个病人所需要的刺激量是不同的。所以和针刺麻醉一样，针刺治病也要针对患者不同的体质类型，根据其阴阳虚实、皮肉筋骨之差异，采用不同的操作，施于不同的刺激量。一味追求过度刺激，使针感过分强烈，则病人难以忍受，这时得到的并非真气，反可引来邪气，造成贻害。所以运针时要随时询问病人针感情况，使病人获得最佳感应为宜。

对于新病、实证，刺激量一般宜大一些；对于旧病、慢性病、虚证，刺激量一般宜小一些。只要手法能适应病人的体质，补泻的意义就包含在其中了。例如对于面瘫迁延数月而未得痊愈者，若在面部运用强刺激，则会导致面肌痉挛，甚至出现倒错现象。故对其宜采取保养的原则，应用轻刺激的方法。

金老推崇"徐入徐出，谓之导气；补泻无形，谓之同精"的观点。她认为补泻无形，手法在心。即医者要集中意念，心中想象使病人达到某种感应，这样手上就会自然流露出来。要根据病者的身体强弱、病情轻重、面部表情，自然而然地采用与之相应的手法，而不要斤斤计较于几进几退为补，几进几退为泻，这样病人就能得到医者所希望的那种感受。

金老还说，提插与捻转不能绝然分开，应当有机地结合，拇指向前捻转时当带有插入手法，拇指向后捻转时当带有提出手法，这样比较自然。金老认为"用药如用兵，在精而不在多；用针如用药，务求简而精。"她针刺取穴每次不过3～4穴，处方用药每帖不过8～9味，她说这样才能击中要害，解决疾病的症结所在。针刺取穴过多，犹如"叠床架屋"，导致穴位间互相干扰，又使病人过于紧张，不能收到良好的效果。

金老一向关怀青年一代的成长，把宝贵的临床经验毫无保留地传授给我们。可惜未等我们把她的学术思想整理完毕，她便溘然离我们而去。在此文发表之时，谨表示深切的悼念。

（刘立公　何金森）

针灸学家郑魁山学术经验介绍



郑魁山教授，生于1918年，河北安国县人。幼年随父郑毓琳学习针灸，20岁学成行医于安国、北平等地。1943年迁居北平，1947年考取中医师，独立开业。1951年于卫生部北京中医进修学校毕业后与栾志仁等创办了北京市广安门联合诊所，1951～1953年创办了北京中医学会针灸研究班和针灸门诊部。1954年被聘为华北中医实验所主治医师，并受聘政务院医务室应诊，1955年在卫生部中医研究院针灸研究所任第三研究室负责人。并在中医研究院针灸高师班、国际班、苏联、印度、朝鲜等外国专家班及北京大学、北京中医学院等单位任教。1970年下放到甘肃成县医院，任中医科主任。1982年调入甘肃中医学院，任针灸系主任和教授。现任中国针灸学会理事，北京飞达国际保健城医学专家理事会理事，日本后藤学园客座教授。先后在杂志上发表50余篇学术论文，著有《针灸集锦》、《子午流注与灵龟八法》，点校《针灸大全》、《针灸补泻手技》（日本东洋学术出版社1991年出版），编导了针灸取穴法和针刺手法电教片演示的《针刺手法一百种幻灯片》（1987年由中国医药科技出版社出版）。

郑魁山教授，师承祖业，献身针灸50余年，治学严谨，经验丰富，在针刺手法及子午流注与灵龟八法研究上颇多创新，其学术思想如下。

辨证立法，善用八法治病

郑老认为，针刺治病应在正确辨证立法的前提下，得当配穴，再施以不同的针刺手法，以达到汗、吐、下、和、温、清、补、消的目的。如《素问·阴阳应象大论》说："其在皮者，汗而发之；其高者，引而越之；中满者，泻之于内"。《素问·至真要大论》篇说："谨察阴阳所在而调之，以平为期；寒者热之；清者温之；温者清之；坚者消之"。《灵枢·经脉》篇说："虚则补之"。历代医家对治法有很多补充和发展，如《医学入门》中说："吐，针内关入三分，先补六次，泻三次，行子午捣臼法三次，提气上行，又推战一次，病人多呼几次，即吐……"。郑老在其临床实践中，深入理解《内经》治法，结合历代针灸文献所载及个人临床针法实践，提出了"汗、吐、下、和、温、清、补、消"的针刺"八法"配穴和手法应用规律。汗法，是利用经穴和发汗手法，开泄腠理，驱邪外出治疗表证的治法；吐法，是利用催吐手法，引导病邪从口吐出，治疗痰阻咽喉的治法；下法，是利用经穴和泻下手法以泄实热，消积滞，排除胃肠蓄积，止痛，推陈致新的治法；和法，是利用经穴和平补平泻手法，调和机体之偏盛偏衰，扶正祛邪的治法；温法，是利用经穴和温热消除沉寒阴冷，补益阳气的治法；清法，是利用经穴和凉泻法，清热除烦，生津止渴的治法；补法，是利用经穴和热补法，补益人体虚损的治法；消法，是利用经穴和不同针法消坚散结，破瘀活血，消肿止痛的治法。

八法治病，体现了郑老辨证论治，理、法、方、穴、术针灸特色的治疗思想，开拓了针灸治疗急重症的范围。

取穴少精，治病必达目的

针灸治病疗效好坏，不在取穴多少，贵在辨证准确，选穴中病。

郑老一直沿用家传配穴法则，配穴少而精，中病即可。如曾治一精神病患者，喧闹不宁，躁动不安，仅施合谷一穴，先按压点穴，使患者屈服，接受针刺治疗，后用泻法强刺，即使患者安卧。在处方中主辅有序，有的放矢。对于处方中的主穴，往往施以较重的手法，力求气至病所的效果，对辅穴，则不追求过强的刺激。如治疗头痛，以风池为主穴，施用手法必求气至病所，其余局部或循经取穴，则只追求得气。重视结合针灸、腧穴特点配穴，如治疗功能性子宫出血，以升提摄血法配方，升者，以脾经井穴隐白健脾益气，升举统血；提者，以人中升提元阳，固气摄血，配行间疏肝调血，临床治疗屡验。

处方用穴，从不追求大而全，讲求实效，反对故弄玄虚。对于外伤、痹证等，常遵《内经》“以痛为输”，“必刺其处”之旨，取病变局部腧穴治疗，以中病为目的，治法有局部围刺、痛点速刺等。对于内伤脏腑病证，则以远道循经取穴为主。

精研手法，发扬传统特色

郑老常说，针灸是一种技术性非常强的治法，针刺操作的一招一式都关系到针感的产生、疗效的好坏。历代针灸学家创造的针刺手法繁多，芎芜繁多，郑老在应用这些手法时，删繁就简，去粗存精，结合祖传实践，形成了一整套独特的针刺手法，其要点可归纳如下：

1. 重视针刺前揣穴　当确定了穴位体表位置后，用左手拇指或食指揣穴，寻找穴位的确切部位，了解和确定穴位的深部结构。郑老认为，穴位往往在肌肉间，骨缝等孔隙中，根据穴位位置特点的肌肉厚薄，临床常行 6 种揣穴手法。肌肉浅薄处穴位，以左手食指或拇指指端切在穴位上，固定穴处皮肤，称为指切法；腹部、肌肉松弛部及肌肉丰厚处穴位，以左手食指或拇指腹压紧穴处肌肤，称为按压法；肌肉孔隙间穴位，以左手食指或拇指指腹在穴处循按，

寻找肌肉间穴位酸麻点，称为循按法；肌腱、血管覆盖穴位，以左手食指或拇指揣穴，将肌腱、血管向左右拨开，使穴位显露，称为分拨法；腕关节穴位，以左手拇指指端紧掐穴位，右手握住患者手指巧力牵拉及左右摇滚，使穴位显于指下，称为滚摇法；肩、踝关节间穴位，以左手拇指指端紧掐穴位，右手握住上臂或足尖，上、下推拉摇动，松动关节使穴位显露，称为升降法。揣穴时要用一定指力，以激发经气，进针后易于得气，并减少进针痛感。尤其是肌肉孔隙间穴位，应用循经按法时，指力要体会到穴处肌肉间孔隙。操作时全神贯注，双手配合，进针方向不能偏离左手所揣摸到的穴位孔隙或酸麻点。

2. 注重穴位的整体结构　针对不同腧穴解剖点，施用不同手法。在进针手法中，针对一些特殊穴位总结了捏提肌肉进针法和压针缓进法。捏提肌肉进针法是以左手拇指切在穴位上，固定针刺部位，食指置于穴位处肌肉后方，拇指与食指协同将穴处肌肉提起，右手将针向左手食指方向刺入一定深度，左手食指掌握进针深度和方向，施用手法后左手松开，使肌肉恢复原位。此法适用于穴处肌肉丰厚，且附近有重要脏器、组织的穴位。这种方法能使毫针准确地刺中穴位，有效地施用各种针刺手法，又避免了损伤脏器和组织；压针缓进法是用腕力和指力不捻不转，缓慢将针均匀压入穴内，此法适用于针眼眶内穴位和天突穴。

3. 注重应用左手　郑老在针刺操作中强调左右手的配合，其作用一是候气，左手押在穴位旁不动，随时触及针下气至冲动，候到气至，及时应用手法，不错过时机；二是左手关闭，气至病所。右手将针刺入穴位后，左手一旦触及针下气至冲动，左手用“关闭法”按压针穴下方，右手持针向上推进，双手互相配合，使感觉传至预定部位；三是催气与行气。郑老针法，往往是当左手揣压在穴位上，患者即有不同程度的得气感，在催气、行气过程中不断通过调节指力来调节得气感的强弱。在补泻手法中，尤其重视左手的催气作

用。补法，左手加重压力，泻法，则左手减轻压力。

4. 强调补泻手法的应用　郑老认为，各种补泻手法都必须在得气的基础上才能达到或补或泻的目的，补是使经气充实，泻是使邪气外泄。他施行补泻的基本方法是，进针后找到针感，或针尖向着感应点行提插、捻转等行气手法，达到气至的效应，再用补泻手法，提插补泻的补法是针尖顶着感应部位急插慢提；泻法是针尖拉着感应部位慢插急提。捻转补泻的补法是针尖顶着感应部位，拇指向前、向下捻按；泻法是针尖拉着感应部位，向后、向外捻提。迎随补泻的补法是顺十四经循行方向进针，得气后顶着感觉将针推进半分左右；泻法是逆十四经循行方向进针，得气后拉着感觉将针提退半分左右。郑老认为，各种补泻手法，若指下力量使针尖顶着得气感向前、向下，产生沉紧、温热感为补；针尖拉着得气感向外、向后，产生空虚、寒凉感为泻。

烧山火、透天凉等补泻手法要求产生凉或热的效应。郑老认为，单凭三进一退，紧按慢提，三退一进，紧提慢按的手法往往不易使针下产生明显的温凉感觉，只有用补法使经脉之气充实，沉紧感达到一定程度，针下才能产生温热；用泻法使邪热之气外泻，空虚感达到一定程度，针下才能产生寒凉。郑老认为产生凉或热的手法关键在于补泻守气。补泻守气的具体方法是，欲补而产生热，则在施用补法后，左手配合，右手握针，使针尖持续顶着感觉向下，向前用力捻按，手不松开，当针感达到一定程度后，即可产生热的感觉；欲泻而产生凉感，则在施用泻法后，右手握针，使针尖拉着感觉向外、向后捻提，当针下空虚感达到一定程度后，手不松开，继续拉着感觉守气，即可产生凉感。

热补凉泻，治疗疑难病症

热补、凉泻手法是郑老在传统烧山火、透天凉手法的基础上，

依据家传手法的特点形成的补泻手法。热补是用捻按，推着守气，使针下沉紧，产生热感；凉泻是用捻提，拉着守气，使针下轻滑，产生凉感。两种手法均操作1分钟即可出针。曾对41例受试者先用热补手法，隔日用凉泻手法，以自身对照，观察皮肤温度和血管容积的变化。结果表明，测定的双侧商阳和同侧少商穴皮肤温度，热补组平均升高1.4～1.9℃，升高1℃以上的占80%～87%；凉泻组平均下降1.1～1.7℃，下降1℃以上的占80%～87%。描记受试者针刺对侧无名指端血管容积波，描记针刺前及针刺后5、10、15、20、30分钟时的变化，热补组上升分别占54%、63%、73%、66%和65%；凉泻组下降分别占49%、42%、49%、56%和59%。

郑老临床治疗疑难病症时，运用最多的为热补法，最常用的穴为风池，也包括温补法、温通法、温散法等，如治视网膜出血病症，用热补法针刺风池，使热感传到眼底，使其瘀血消散吸收，1958年治疗91例有效率达90%。视神经萎缩用热补法针刺风池，1960年治疗24例，有效率达63%。对肩周炎，取天宗、肩髃等穴用穿胛热手法，对腰痛及一些痹证，痛症用温法。对经脉不通，肌肉失养所致的肢体萎软，肌肉萎缩的患者，用温通法。对脾肾虚寒所致的腹痛、泄泻，肾阳虚衰的腰痛、阳痿等证，用温补法等，都取得了较好的疗效。1956年曾治疗3例脊椎结核和骶髂关节结核病人，用热补手法以补肾壮骨，强身健体为主，3例均获痊愈。

研制新盘，探求优先取穴

在研究子午流注与灵龟八法理论的同时，研究其临床应用规律和方法，将子午流注"纳子法"、"纳甲法"及灵龟八法与公历60年日历"60花甲子"融合在一起，研制成一个袖珍式"子午流注与灵龟八法临床应用盘"，此盘可用于"纳子法"、"纳甲法"、"灵龟八法"3种优选取穴法，并且不用推算即可找到公元60年每日的"花

甲子”，及当日当时的开穴，给针灸医、教、研提供了简便准确的工具，应用于临床亦取得了满意的疗效。曾治疗1位脑外伤患者，伤后昏迷不醒，诊断为脑震荡，苏醒后一直头痛、头昏、头沉，以左侧为重，呕吐，下肢无力，嗜睡。中医辨证为髓海损伤，瘀血停留，经络受阻，元神失守，于庚戌日、甲申时，先针内关，后针百会、风池、太阳，用平补平泻法，血肿局部用围刺法，第2日辛亥日、癸巳时，先针照海，后刺列缺，5次后血肿渐消，头痛、头昏减轻，共治疗25次，症状完全消失。

（张　毅　黄劲柏　陈跃来）

洪圣达先生临床经验选



洪圣达，1934年生于上海，1951年毕业于卫生部针灸实验所第1期针灸班。先就学于朱琏，后走访陆瘦燕、孙惠卿等针灸界前辈请教学习。现任新疆维吾尔自治区人民医院针灸科主任医师，中国针灸学会理事，中国针灸学会临床研究会理事，新疆维吾尔自治区针灸学会副理事长兼秘书长，新疆维吾尔自治区科学技术协会第三届委员。在国内外发表论文20多篇，其中《液氮冷冻穴位治疗咳喘症的初步观察》获新疆维吾尔自治区卫生厅科技成果进步一等奖，《从经络诊断检查，看胃病与背俞穴关系》获新疆维吾尔自治区·卫生厅科技成果进步三等奖。

洪氏从事针灸工作40年之久，长期从事临床工作，积累了丰富的临床治疗经验。历年来，担任大、中专学校的针灸学教学工作，因此，具有扎实的理论基础。在新疆从事针灸工作以来，在培养和提高基层针灸医师的业务水平，培养少数民族针灸工作者的工作中，为边疆的针灸事业做出了一定成绩。他在工作中富于钻研和创新精神，运用中医理论结合现代医学知识，创造和改进了操作方法。例如对面瘫病人的"电变性反应"预测法，和根据中医理论"春夏养阳"及"冬病夏治"的原则，结合灸法中"天灸"的启发，创造了液氮冷冻技术应用于针灸腧穴，治疗咳喘症，疗效显著，深受患者

欢迎。

取穴精确，注重手法

在针灸临床上，洪氏强调取穴不宜过多，力求取穴准确，旨在施针得气及气至病所，并在得气的基础上，采用提插与捻转相结合的补泻手法。实证宜泻，以急提慢插，食指向上向前的强力左转捻转法；虚证宜补，慢提急插，幅度较小，大指向前向下，略加用力的右转捻转法。若其证不虚不实，或虚实相兼者，则采用平补平泻的调和手法，或先泻后补，或先补后泻，进退提插捻转均匀，刺激适中。医者同时要做到眼、口、手三者合一，密切注意患者的反应与接受的程度。洪氏主张左手按压爪切腧穴，双手密切配合，做到"知其针者信其左"，"不知针者信其右"，强调左手爪切的重要性。

临床上除了重视针刺的同时，还注重灸法，做到针灸并用。西北地区多风寒，宜多灸，除了常用艾条灸外，对有些病种，采用直接灸疗效较好。如早中期类风湿性关节炎的小关节痛及轻度肿胀变形者，主张用小艾炷在关节局部的痛点上，直接施灸 2 壮，被灸部位宜发灸疮。1 周内严禁下水，防止感染，取效满意。

创"电变性反应"法，预防面瘫

面瘫及各种神经肌肉麻痹都是针灸科的常见病种。不少患者患病初期很希望知道自己患病的程度，所须治疗时间，治疗效果，有否后遗症等问题。洪氏总结了多年的治疗经验，利用低周率治疗机，以针灸针作导极，创造了"电变性反应"预测法。经过 30 年的临床实践，总结出一整套的测试记录，确定测定时间和判断标准。

其操作方法介绍如下。

1. 采用低周率治疗机中3200周和1600周两档。3200周输出功率为0.2～1.15V，1600周输出功率为0.4～2.3V。若无此机，也可采用普通电针治疗仪，例如G6805型，取其中的连续波。

2. 用针灸针作导极，先在面神经各分支或各组肌肉有关部位上扎1针。常用穴位取阳白、四白、太阳、地仓、迎香、挟承浆、颧髎、颊车、翳风等穴。

主要观察额肌、眼轮匝肌、颧肌、咬肌等肌肉收缩情况。

3. 先将1根导线接在翳风穴上，再将另1根导线，由医生拿着，按秩序自上而下轻轻断续接触各个穴位，同时医生另一个手调拨治疗机上的输出开关，先从3200周率输出，从最低位置开始，逐步放大进行观察，看面部肌肉通电后的兴奋状况，并将所见情况在测定表上进行记录。然后改用1600周率，仍从最低输出开始。

测试时，医生首先测试颊车穴，因为颊车穴不仅受面神经，还受耳大神经的支配，这样观察颊车穴的肌肉兴奋状态，可以作为患者对电输出大小的标志。若用其他电针仪，则输出的导线，用其中1根铜丝来测定。

第1次测定于患者病后7～10天进行，再过1周后复测1次。

4. 判断标准

(1)2次测定结果，每个穴位都有反应，判定为预后良好，1个月内可望痊愈，不留后遗症。

(2)第1次测定反应良好，第2次反应迟缓，为迟缓反应，预计须1～3个月的治疗，个别患者有恢复不全现象。

(3)2次反应均为阴性，加大刺激后，有的穴位有轻微反应，称为部分变性反应。一般须经3～6个月的治疗，并留有不同程度的后遗症。

(4)加大刺激后仍无反应，并经多次复测，得同样结果，则为完全变性反应。这样的患者，虽经多种方法治疗，仍然不能取得任何效果。

通过500例面瘫的分析，基本上做到了对本病初期，经“电变性反应”预测，就能了解面瘫的程度，有无变性，所须治疗时间，今后恢复程度及有否后遗症等。“电变性反应”预测法的客观依据，给医者增加了治疗信心，深受患者欢迎。

于此，又进一步对外伤性面瘫，主要是耳部手术致面神经创伤者，采用多种综合疗法。除针刺外，加小剂量药物穴位注射和氦氖激光穴位照射等，使不同因素的面瘫，采取不同的治疗方案，从而获得最佳的治疗效果。

头针、体针结合，治疗脑瘫

近年来对1985年前小儿脑病后和痿证（多发性神经炎）的头穴治疗经验进行总结，改进了小儿脑源性瘫痪（简称脑瘫）的治疗方法，强调了治疗时间。对5岁以下的脑源性缺血、缺氧性患儿，治疗时间每日2次。上午以头穴为主。上午为阳，补益脑髓，以振奋阳气；下午再针肾俞及太溪。下午为阴，肾为阴中之阴脏，以补肾阴。然后再根据病情加针其他腧穴。针法以补为主，四肢可适当留针。患儿均经脑电图、CT等明确诊断而进行治疗。30天为一疗程，10天后，再行第二疗程。两个疗程后，若有好转，可继续进行治疗。经改革方法后，患儿都有不同程度改善，有的取得基本痊愈的好疗效。

傅××，男，3.5岁。1989年2月住儿科病房。

患儿智能低下，不会行走3年余。分娩时臀位产，Ⅱ度窒息。接诊时不能自站，会说单字，颈软，头不能抬起。脑电图检查，两半球有较多散在的σ波和δ波，左中央区偏胜。诊断为脑瘫（缺血缺氧性）。入院后经各种方案治疗1个月，无明显变化，请针灸科会诊。

接诊后按“调阴阳，益脑肾”法则，治疗一疗程后，能独立行走10 m远，说话清楚成句。出院后继续治疗1个疗程。

1990年12月复查，患儿可独立行走2 km，步态平稳，颈不软，头能自抬，对答正常。

运用冷冻技术治疗慢性支气管炎

新疆冬季漫长，老年性慢性支气管炎患者甚多。根据中医“春夏养阳”，“冬病夏治”的理论，结合古代“天灸”的启示，创造了用现代液氮冷冻技术用于针灸腧穴。采用国产YDZ－4型软管式低温治疗机，治疗枪的头部为直径1 cm铜制平面冷冻头。启动治疗机后，冷头迅速成冰球，然后接触穴位，并稍加压力，此时血管收缩，皮肤呈苍白色，然后自然复温。冷冻术后1～3天为发泡阶段，不宜洗澡，以免擦破疮面，5天后可自行吸收，1周后结痂。

选择每年夏至后1个月内，即“三伏”天进行治疗，期间可冷冻穴位2次。

处方　肺俞、膻中、风门、璇玑。

（洪　琪）

俞瑾教授针灸治疗妇产科疾病经验介绍



俞瑾，1933年生，江苏苏州人。1955年毕业于上海第一医学院医学系，1961年上海市第二届中医研究班肄业，长期从事妇产科、生殖内分泌学和中西医结合临床及研究工作。现任上海医科大学妇产科医院中医科教授，博士生导师，上海市中西结合研究所妇科虚证研究室主任，上海市中西医结合月经病医疗协作中心主任，历届中国中西医结合学会妇产科专业委员会委员，虚证和老年病专业委员会委员，上海市中西医结合学会妇产科专业委员会主任。获国家、卫生部、卫生局等科技奖6次。多次应邀赴德国、瑞士、意大利、美国等国家作针灸、中医讲学。1991年被列入英国、美国的世界名人录。

俞老师刻苦钻研中医理论，学习自然辩证法，熟悉现代医学有关领域在国际上的最新进展。在长期的中西医结合临床和实验研究中，密切联系宏观现象与微观检测，善于以人为整体进行分析，按理论与实践相结合的观点，探索人和疾病本质，诊断和治疗规律，学术上颇有成就，赢得了国内外声誉。

辨病与辨证相结合，精选经穴

辨病与辨证相结合是俞老师临床实践的特色。如面对的每个

病人首先必须西医诊断明确，再按中医辨证要求明确该病员主要患病的脏腑及其转归。如月经失调，不论其先期或后期，经量多少，周期情况，首先要排除器质性病变，并明确其有无排卵，通过现代医学方法，明确导致排卵障碍的主要部位、层次、性质和程度；在此基础上对病人进行宏观与微观相结合的中医辨证。如朱××，15岁。继发闭经2年，同时从挑食到厌食，时有泛恶，不能服中药，用激素人工周期治疗，月经可来潮，停药后又闭经。性格暴躁，日益消瘦，极少白带，面色稍黑少华，大便秘结，无腹胀或腹痛，尿色深。舌暗淡，脉细微弦。身高1.58 m，体重40 kg。妇科检查，乳房发育差，外阴发育略差，子宫略小，两侧附件无特殊。临床西医诊断为神经性厌食。测定血激素水平中出现FSH 1.2 IU/L，LH 1.5 IU/L，E_2 78 pmol/L，皮质醇758 nmol/L，提示继发闭经是下丘脑-垂体功能受抑制，但皮质醇过高，有应激可能。中医辨证并非只是肾虚，而以肝肾不足为本，肝脾不和为标，故先拟平肝和胃，再以补益肝肾，先取太冲、足三里(均双)，电针30分钟，隔日1次，3次治疗后病人进食增加，不吐，性格亦趋平和，大便正常。再次针刺，取穴改为中极、关元、子宫(双)、三阴交(双)、太冲(双)。同法针刺，3次后白带增多，透明状。4次后基础体温双相，12天后月经来潮。经血激素水平测试，FSH 6.7 IU/L，LH 10.9 IU/L，E_2 788 pmol/L，均有上升，而皮质醇降为356 nmol/L，再一疗程针刺治疗，病人体重增至46 kg，月经恢复。说明通过针刺可解除病人下丘脑摄食中枢和GNRH调节中枢受抑制的状态。

又如痛经，首先确诊病人是功能性痛经，还是继发性痛经，前者常只用针刺治疗。功能性痛经常是子宫发育不良，局部子宫肌张力不协调，子宫内膜分泌过高。前列腺素PGE_2所致，由此而使经血外流不畅，导致痛经。中医辨证属气滞现象，一般在经前3天开始，每日针刺三阴交(双)即可。如经血色暗，少腹垂胀痛，舌质暗或有瘀点。提示有气滞血瘀，局部血液粘度高，可能子宫内膜TXA_2水平

高，应加强祛瘀活血作用，以针刺血海、三阴交（均双）为主。如病人面色皖白，无力，便溏。舌淡，脉细。提示子宫肌张力不足，经血潴留，可能局部PGE_2水平紊乱。中医辨证为气虚不能行血，应予益气行血，取足三里、三阴交（均双），在经前7天内隔日或每日针刺。如病人有畏寒，少腹冷。舌淡苔白，脉弦证象。中医辨证为寒凝气滞，呈交感神经系统刺激现象，则在上述各组穴位治疗中可加中极或关元穴，留针30分钟，以暖宫达温通之效。

在外阴瘙痒，外阴色素减退病中，按痛痒的神经道路基本相近，局部神经血管影响上皮的营养，结合中医辨证肝肾不足，湿火下注，而采用补益肝肾，清热祛湿法，取穴三阴交（双）、照海（双）、中极补肝肾，调冲任；气冲、阴陵泉（均双）利湿清热；会阴，太冲（双）清阴部之火。如吴××，36岁，外阴瘙痒18年，局部色素减退15年，久经中西医方法治疗未获显效，很是苦恼。局部活组织检查为外阴慢性增生性皮炎，拟诊外阴白色病损，外阴瘙痒。病人诉口干，烦躁易怒，少眠。舌红苔腻，脉细。辨证为肝肾不足，湿火下注，而取上述穴位，隔2天针刺1次，10次后，瘙痒症状明显好转，又连续针刺2个疗程（20次），瘙痒消失，阴唇色泽及弹性程度有好转趋向，半年后随访，外阴无瘙痒症状，外阴上皮粘膜色素亦正常，未有复发。

俞老师辨证中，慢性病重症状，急性病则症、脉、舌证相结合，在慢性病治疗中出现急性症状，如月经失调者出现感冒现象，则以治感冒为主，可选穴合谷、曲池、风池、三阴交（均双），待感冒好转后再辨证取穴治月经失调。

在针刺治疗中，俞老师精选穴位，一般每次治疗取穴5个以内，不超过10个，治疗中按病人情况灵活改变。一条经络上可取穴1～2个。针刺进针无痛，以增加病人对针刺感应的分辨力。针刺中除注意得气外，尚重视某些穴位针刺感应方向，如针刺足三里时，感觉应向足背方向下传；针刺三阴交时，感觉应向大腿方向上传；

关元、子宫、中极针刺时，感觉应向外阴方向传导等。

按病情采取针药结合

俞老师按其临床经验及科学研究结果，力求明确各种治疗所起作用，按不同病情及病人反应，灵活掌握各种方法，以收良效。可以单用针刺、中药或西药奏效者，就单用其一。相当部分病人，尤其病情复杂者，则有主次地在不同时期采用中、西药，或针药结合治疗。如无排卵月经失调病人，如按测定结果提示中枢作用尚可，而卵巢功能欠佳，提示针刺暂时不适应，不易取效，要先予中药或西药服用，中医辨证中有肾虚，肝肾两虚，肾虚痰实，肾虚血瘀等类型，临床上分别辨证论治，如必要加以雌激素服用，待雌激素达一定水平仍不排卵，则加用针刺治疗。如沈××，24 岁。初潮 18 岁，月经一直稀少，无痛经，临床检查未发现器质性病变，基础体温单相，血 FSH、LH 处正常水平，雌激素水平偏低，平日白带少，腰酸，口干心烦，便秘，面有痤疮。舌质红，苔薄，脉细数。辨证肾阴不足，阴虚内热兼有肝火，予养阴祛热，清肝调经法治疗 2 个月，症状均减轻，白带增多，雌激素水平提高，月经尚不规则，基础体温单相。于经净后按肝肾并治原则取穴，取太冲、三阴交、血海（均双），隔日针刺，3 次后连续针刺三阴交（双）、中极、关元、子宫（双）3 天，7 天后基础体温双相，以后月经规则来潮。又如对子宫内膜异位症的痛经治疗亦以中药或中西药加针刺。如施××，32 岁。痛经 18 年，诊断为子宫内膜异位症，子宫肌腺病，中西药治疗中出现肝损现象，病人面浮乏力，腹痛喜按，痛经下垂感。舌瘀，脉细。辨证气虚血瘀，在中药益气行血，祛瘀止痛治疗下，病无明显减轻，即取足三里、三阴交、血海、外关（均双），气海或耳穴子宫、腹腔、肝、肾、神门，每周 2 次针刺，经行每日 1 次，共 3 次，以益气而顺三焦之气，行阴经之血而调冲任，病人痛经减轻，由原来 10 点减至 2 点，内膜异位囊肿

直径由 5 cm 缩为 3 cm，避免了手术。

中西医结合，以研究提高效果

在长期实践中，俞老师认为人体和疾病受环境、气候变异影响而变化，至今没有一种治疗，包括西药、中药或针刺是会完全有效的，关键是找到各个治疗方法和综合治疗的适应症。她善于总结临床效果成功和失败的原因，结合新理论，提出新思路，再到实践中验证，不断发现新问题，产生新认识，得到新提高，因而在中医药和针灸在生殖内分泌中的作用取得了较深刻地认识。她对西药也同样辨证使用，在临床上探索“同病异治”，“异病同治”的规律，如针刺促排卵是 50 年代后期，按中医针刺治疗月经失调病记载而进行，临床上取得了 40%～50%疗效。为什么有的见效，有的无效？俞老师进行了系列研究。1981 年发现针刺后手温升高者，针刺排卵效果显著提高，手温升高意味着交感神经活动受抑制，这与中医针刺使气血畅流的观点相合。1983 年她又通过对 β-内啡肽样免疫活性物质(β-EPIS)测定，发现针刺后手温与血 β-EPIS 变化呈负相关，说明针刺对植物神经中枢，对下丘脑-垂体的性腺调节可能也有作用。1984 年通过科学测试发现针刺可使 FSH 慢频率脉冲分泌增快而促使排卵，而 FSH 脉冲频率正常者不排卵，说明针刺是通过中枢而诱发排卵，卵巢反应差者不是针刺促排卵的适应症。FSH 受下丘脑 GNRH 调节，后者又受下丘脑内 β-内啡肽等影响，1989 年通过呐络酮等试验，发现中枢有一定内阿片肽水平者针刺有作用，内阿片肽水平低者针刺无作用，而中枢内阿片肽水平又与血内雌激素水平相应，可用后者来预测前者，对过去认为有一定雌激素水平者，针刺促排卵效果较好找到了一定的中枢作用机理。由于这种内阿片肽水平可能导致 GNRH 分泌受抑制，而出现与 FSH 等脉冲频率低，因而针刺可以解除这一系列抑制现象，恢复垂体促性腺

素的正常分泌而促使排卵。根据这个结果，俞老师又把针刺促排卵用以治疗相应条件的青春期月经失调等病人，其排卵率提高到80%左右，这个研究正在继续深入。

（祝秀都　杨淑萍）

施延庆老中医温针针法简介



施延庆，1920年生，浙江嘉兴人。出生于嘉兴针灸世家，幼受庭训，博览群书。早年考入杭州浙江中医专门学校，后转入上海中国医学院继续学习。1938年毕业于上海中国医学院。曾在上海、嘉兴等地从事针灸临床。解放后在陆军四院、嘉兴市第一医院、嘉兴市中医院针灸科工作。现为嘉兴市中医院顾问、主任医师。历任嘉兴市针灸学会会长，浙江省针灸学会常委。1990年被定为全国首批(462名)进行学术经验继承的名老中医。享受国家特殊津贴。他曾在国内外发表论文20余篇，编写《针灸学讲义》等教材。

施氏善用温针疗法、化脓灸法，起沉疴，疗顽疾。临床常针灸、中药并用以治疑难杂症，在针灸治疗顽痹、消化系统疾病等方面有独到之处。因其医术精湛，经验丰富，疗效显著，深得病家信赖。究其针法，注重一个"气"字，概括起来可归纳为三句话，即留针重在聚气，艾温重在导气，行针重在调气。现简介于下。

留针重在聚气

温针之所以不同于一般针刺，在于针入必留。夫留置乃针刺基本操作，一般应用多遵《内经》"寒者留之"的原则。而施氏温针，则

对一切经络壅滞，气血痹闭等证，可不问其气盛、气滞、属虚、属实、属寒、属热，针入皆留之。然则留针果适于寒、热、虚、实、宜补、宜泻之各种情况否？考《内经》有“大寒在外，留而补之”，此浅留之法；“气涩则针大而入深，深则欲留”，此深留之法。又称“刺实须其虚者，留针，阴气隆至，乃去针也”，是刺虚、实之法。而“刺热厥者，留针反为寒。刺寒厥者，留针反为热”，是刺寒、热之法。《灵枢·九针十二原》论毫针之用，谓其能“静以徐往，微以久留”，说明留置于毫针刺法，实为补泻调气不可缺少之重要环节。故若能结合补泻、浅深，则留针无论寒热、虚实，咸宜施之。

然而，在用爪切、进针、徐入徐出，务使得气，而后留置之时，需视病证虚实之不同，分别入、出一豆许而留之。即若欲补之，稍进而留，若欲泻之，稍退而留。进退提按，着力在针头。《针灸大成》载三衢杨氏补泻条曰：“留针取气候浮沉，出容一豆入容侔，致令营卫纵横散，巧妙玄机在指头”。施氏针法之留置，仿之。此亦迎随截担之法。小小而巧妙的手法，乃留针聚气之诀要。

经云：“近气不失，远气乃来”。进针得气，“神气游于巷”，此时进、退一豆许而留针，或进截而留之，随经以济之，或举拂以击之，迎其气而夺之，皆使气聚于针下耳。此其一。

艾温重在导气

于留针之际，以艾绒裹于针柄而燃烧之，使令温热，旨在导气也。然艾壮之多少、大小，应视天时、病情、年龄、体质等不同因素而灵活掌握之。一般艾绒捻于针尾如红枣大，离皮肤不宜太远。燃点 1～3 壮为宜。少则不温，过多则亦能灼伤肌肤。总以使温热透达腧穴之内，以局部知热感温为度，使阴阳内外营卫之气，自然流通，达到导气的目的。

然施氏温针之艾温，亦适用于虚实、寒热、宜补、宜泻诸症。盖

温针之温，非若灸法之热也，其取艾火之温热，与灸法各有千秋。艾火之用，原非一端。《神灸经纶》曰："夫艾取于火，以火性热而至速，体柔而用刚，能消阴翳，走而不守，善入脏腑；取艾之辛香作炷，能通十二经，入三阴，理气血，效如反掌"。以其火性热而善走，能入脏腑而祛阴寒；以其艾性温而芳香，能通经脉而理气血，此灸法之取用于艾火也。《医学心悟》曾论"温"曰："有温热之温，有温存之温，参、芪、归、术，和平之性，温存之温也，春日煦煦是也；附子、姜、桂，辛辣之性，夏日烈烈是也。和煦之日，人人可近，燥烈之日，非积雪凝寒，开冰解冻，不可近也"。温针之温也，犹春日之和煦，人人可近，故虚者得之有助，实者得之能散，寒者得之能温，热者得之藉以疏泄也。

且夫邪之所凑，其气必虚，客之不去，一实一虚，或有余于上而不足于下，或上寒而下热，或上热而下寒，或寒与热争，血气不和，百病变生。寒则腠理闭密，阳气怫郁；暖则腠理疏通，阳气滑盛。针得温而阳气以行，气得温而营卫以和。《千金翼方》指出："凡病皆由气血壅滞，不得宣通，针以开导之，灸以温暖之"。今温针者，针而复加艾温，旨在导气令和也。此其二。

行针重在调气

燃艾1～3壮即灭，针下必然轻缓，复以左手按其孔穴，毋令皮动，右手捻针，徐徐退至人部，行针调气，施补泻之手法。若艾灭不行针，随即拔针，则徒失调气良机，事倍功半矣。

调气行针常用应手之法，乃提插捻转之复合手法。右手拇指、食指、中指持针，手指与针体成一倾角，约45°，在拇指推捻毫针之同时，针也随之进退出入。结合徐疾以行补泻，或视病症分天地人三部行针，以达到一定的刺激量，使气至病所。

经云："用针之类，在于调气"。调气者，调其营卫之气也。经过

进针得气，留针聚气，艾温导气以后，营卫之气游行于经脉，聚于针下，乃行针调气，补其正气，顺其宗气通行，泻其邪气，去其脉中逆滞，总在保其精气，调摄阴阳使之平衡耳。

施氏温针法，虽虚实、寒热，均可用之，然留针、艾温、行针必须协同。其留而补之者，浅留之，进一豆而留置；艾温之，亦必须"犹春日之和煦"也。使气聚针下之时，复得温热之助而针下气涌，然后以提插捻转之补法以"平"之。若是者三者如一，气机得畅，疾病可疗矣。

其留而欲泻之者，深留之，退一豆而留，艾温之，使阴气隆至，针下滑盛，然后以提插捻转之泻法以"平"之也。

此施氏温针针法之概要也。

（施孝文）

郭诚杰教授诊治乳癖经验介绍



郭诚杰，1920年生，陕西富平县人。自幼酷爱中医，先后拜当地名医别鉴堂、贾汉卿为师。1949年就读于秦岭中医学校，1959年毕业于陕西中医学院中医师资班，后留校从事针灸教学、临床、科研工作。现任全国针灸学会常务理事，陕西省卫生厅高级职称评审委员会委员，先后多次被评为陕西省高教系统及陕西中医学院先进工作者。他撰写的专著有《针灸学讲义》、《针灸治疗乳腺增生》、《针灸医籍选》（高等院校统编教材）、《现代经络文献研究综述》等。曾发表论文40余篇。数十年来他开创针刺治疗乳腺增生病的临床与机理研究课题获陕西省1987、1988年科技进步一、二等奖，国家中医药管理局中医药重大科技成果乙等奖，被定为全国首批进行学术经验继承的名老中医，享受国家特殊津贴。

郭老诊治乳癖，独辟蹊径，疗效卓著，笔者随师，聆听教诲，受益匪浅，现介绍如下。

肝郁失疏，乳络壅滞乃乳癖之因

乳癖相当于现代医学的乳腺增生病，早见于隋代《诸病源候论·乳结核候》，"足阳明之脉有从缺盆下于乳者，其经虚，风寒乘之，

冷折于血，则结肿……冷则核不消”。清代高锦庭《疡科心得集》论述本病更详，其云“乳癖乃乳中结核，形如丸卵，或垂重作痛，或不痛，皮色不变，其核随喜怒而消长，多于思虑伤脾，恼怒伤肝，郁结而成”。巢氏认为风寒之邪侵袭足阳明之脉与气血搏结而成，高氏则总结为情志郁结，肝脾功能失调而生，且乳房胀痛随情志而变化。通过对 4 000 余例患者的诊治，郭老发现本病与肝胃(脾)冲任关系密切，肝主疏泄藏血，从胸络乳，乳房为足阳明胃脉所贯，同时也是冲任气血渗灌濡养之所在，若思虑伤脾，恼怒伤肝，则肝气不舒，脾失健运，肝胃气血运行不畅，冲任失调，乳络气血凝滞则结块而痛。从针刺治疗的患者来看，情绪急躁易怒者占 74%。故郭老认为肝郁气滞，足阳明胃经经气不畅，是本病病机的关键。

辨证分型，明确诊断

本病多在经前、生气或劳累后乳房疼痛加重，肿块增大变硬的特点，结合患者体质及临床特征而辨证分型，通过大量临床实践，郭老将本病分为四型。

1. 肝郁型　乳房胀痛结块多在经前，生气后疼痛加重，并向腋下肩背放散，胸闷不舒，腹胀纳差，经期紊乱。舌不红，脉弦。

2. 肝火型　乳房胸胁胀痛，有灼热感，疼痛拒按，心烦易怒，口苦咽干，月经错前，小便黄。舌苔黄，脉弦数。

3. 肝肾阴虚型　乳房结肿疼痛，时轻时重，头晕目眩，口干，五心烦热。舌红少苔，脉细弦而数。

4. 气血虚型　乳房隐隐作痛有块，劳累加重，身倦乏力，纳差，动则头晕眼花，心悸怔忡，面色不华。舌淡，脉沉细。

因病位在乳，肿块有良恶性之分，郭老对每位就诊者详细用指腹触按乳房各个象限肿块的硬度、大小及活动度，并结合现代检查手段，以确定其肿块性质，然后按辨证与辨病的综合方法，为临床

正确及时治疗提供了可靠依据。

选穴精当，配合严谨

郭老在辨证明确的基础上，结合发病部位及主要病机，以舒肝理气，畅阳明经气而选用两组有效穴位，进行施治，胸组取屋翳、膻中、合谷；背组取肩井、天宗、肝俞。肝火加刺太冲；阴虚去合谷加太溪；气血虚去合谷加足三里、脾俞；月经不调加三阴交。两组穴交替使用，每日 1 次，用提插捻转手法，虚补实泻，也可接 G6805 型治疗机，电量以患者耐受为限，留针 20～30 分钟，10 次为一疗程，每疗程休息 3～4 天，继续第 2 疗程，经期停针。屋翳乃位于乳上，膻中处于乳旁，两穴可舒通乳部经气而活血，肩井、肝俞疏调肝经之气，合谷为手阳明之原穴，疏导上下阳明经之经气，天宗通经活络，治乳疾功著，并随症加减，具有疏肝理气，调理阳明，通络活血，达到消肿止痛散结的目的。从临床观察，郭老针刺治疗乳癖近远期疗效均较满意，近期治愈率达 63%，总有效率为 97%，并与中西药组对照，其效最优，具有止痛快、疗程短、经济等特点，这一治疗法则已被选录于全国统编教材《针灸治疗学》中。

求实创新，坚持探索

在针刺疗效满意的前提下，为了弄清本病的病因及针刺机理，郭老采用放射免疫法测定患者针刺前后血浆雌二醇、孕酮、睾酮的浓度变化，并与健康妇女对照，发现针刺前患者雌二醇明显高于健康妇女，针刺治愈后雌二醇与健康妇女无差异，并多次给大白鼠、小白鼠皮下注射雌二醇，可造成乳腺增生模型，说明雌二醇升高是本病的主要原因之一。同时，表明针刺可提高人体细胞免疫功能，

使体内异常增高的雌二醇恢复正常。从小白鼠乳腺增生动物模型对照病检看，针刺组 40 个乳房组织增生消失者 23 个，治愈率为 58%，与针刺临床治愈相近，药物组 36 个乳房中增生消失者 9 个，治愈率为 25%，对照组则无 1 例消失，其结果说明针刺确有加速乳腺增生状态恢复正常的作用，且优于药物组。在另一侧面也表明了针刺具有调整失恒的女性激素效应，从而为针刺治疗乳腺增生病提供了可靠依据。

近年来资料报道，乳腺增生可癌变，所以有人主张手术切除，郭老从多年临床经验总结，认为手术后易于复发，是治标而不治本，且影响健美，造成病人精神上痛苦，只要无癌变迹象，针刺治疗是目前应当首选的方法。

郭老仍老骥伏枥，壮心不已，勤奋地工作在医疗第一线，为解除患者的疾苦而拼搏。

（郭英明）

针灸学家贺普仁三通法的理论基础及其临床应用



贺普仁，字师牛，号空水，1926年生，河北涞水县人。14岁拜北京著名针灸大师牛泽华为师，8年后独立应诊。1954年调入北京中医医院，1976年获上沃尔特国家总统授予的金质“骑士勋章”。著有《针灸治病》、《针具针法》等。发表论文几十篇，针灸治疗输尿管结石的技术成果获北京市科技进步奖。现任中国针灸学会副会长，北京针灸学会会长。

针灸三通法的概念

针灸三通法即微通法、温通法、强通法，是我师贺普仁教授首先提出的。这一理论的提出，标志着贺老在中医针灸学术上的创新和对针灸临床治疗学的发展，因此学习研究针灸三通法，就是要学习贺老的学术特点，学习贺老的医疗特长。针灸三通法的具体内容如下：

1. 微通法　所谓微通，其意有三。

(1)即毫针刺法　因其所用毫针细微，故古人称之为“微针”、“小针”，“微”代表此法的主要工具是微针(毫针)。

(2)微通　用毫针调之，欲以微通经气，好似小河之水，涓涓细流，故曰“微通”。

（3）取其针刺微妙之意　《灵枢·小针解》说，“刺之微在数迟者，徐疾之意也”。又说“粗之暗者，冥冥不知气之微密也。妙哉！工独有之者，尽知针意也”。所谓微者，是指针刺精微奥妙之处，在于掌握针刺的手法以及气机变化的规律，高明的针灸医生不仅能够掌握气机变化的规律，而且运用正确的针刺手法达到针刺补泻的目的。

微通法道理深奥，易于陈述而难于掌握，故临证要细研之，揣摩之，才能逐渐掌握微通法的精髓和微妙之处，以提高针刺治病的疗效。

2. 温通法　是以火针疗法为代表，包括温针、艾卷灸等法。此法给机体以温热刺激，好似冬春之季，河面浮冰，得阳春之暖，而渐融之，河水通行无涩也，因其得温而通，故名“温通”。

3. 强通法　即放血疗法，是以三棱针或其他针具刺破人体一定部位，放出适量的血液，通过决血调气，通经活络以达治疗病痛的针刺方法。由于其作用急促，迫血外泻，祛除病邪，故称“强通法”。《灵枢·小针解》说，“宛陈则除之者，去血脉也”。此即指以放血疗法祛除恶血的方法，以达祛瘀滞通经络的作用。此好似河道阻塞，水流受阻，今疏浚其道，强令复通，故曰“强通”。

针灸三通法的理论基础

贺老认为，疾病的基本病理机制可以归结为“气滞”，并针对“气滞”的病理变化，制定出“针灸三通法”，用以治疗各种不同的证候，取得较好的效果。贺老体会尽管致病因素有六淫、疫疠、七情、饮食不节、劳累过度、跌打损伤等多种。其病理变化又有表里出入，上下升降，寒热进退，正虚邪实，气血阴阳的相互失调等，而这几方面的变化过程，都是机体抗病能力与病邪交争，以及脏腑经络自身功能失调的种种表现，因此各种疾病的病理变化，都必然影响到脏

腑经络之气的运行，从而导致脏气、腑气、经络之气的阻滞，即气滞。如卫气滞于表，邪不得宣，而恶寒发热；气滞于内则癖疾疼痛；气滞于上焦，则脘腹刺痛；气滞于下焦，则腰骶痛；气滞于肝，则肝气不舒，常出现胁痛，黄疸，目疾，抽搐，掉眩诸症；气滞于心，则见心神不定，夜寐不安，痒痛之症；气滞于肺，则肺失清肃，咳喘生痰；气滞于脾，则见纳呆食滞，饮食不化，腹胀腹痛，腹泄肿满等症；气滞于肾，肾气弱则腰痛，水枯瞳仁昏暗，视物模糊，耳鸣耳聋等症；气滞于经络，则见瘫痿痹痛，肿胀麻木等症。由此可见，气滞是所有疾病发生发展的重要环节，气滞则病，气通则调，调则病愈。

在进一步认识疾病病因病机的基础上，贺老把中医的病理机制归结为气滞，从而提出了"病多气滞论"。在这一理论的指导下，贺老首创针灸三通法，利用各种不同的针具，不同的刺法，不同的补泻手法和不同的刺激量级，施于不同的患者、不同的疾病和不同的穴位，激发人体正气来复，迫使邪气外出，以期经脉通畅，气血调和，从而恢复人体正常的功能活动。

针灸之法，系通经调气之法。《灵枢·九针十二原》云："欲以微针通其经脉，调其血气。"《灵枢·刺节真邪》云："针刺之类，在于调气。"由此看来，针灸的通经调气作用是治疗各种疾病，祛除各种气滞的有效大法，也是针灸治病的根本道理。

针灸三通法的临床应用

贺老把针灸三通法作为治疗疾病的主要方法，并取得很好的临床效果，现将其临证验案录之于下。

癫痫 张××，男，24岁。经常突然昏倒，全身抽搐，口吐涎沫，牙关紧闭，小便失禁，每月发作1～2次，每次约1～2分钟即止，醒后头痛甚，全身无力，常服苯妥英纳，效不显著，也服过中药涤痰之剂，无效。患者食欲不振，两便正常，舌苔白，脉细。证系痰

浊阻滞，气机逆乱。治拟涤痰开窍，通经活络之法。以长 100 mm(4 寸)毫针，刺大椎穴，针尖向下沿皮刺入 3.5 寸，刺腰奇穴，针尖向上沿皮刺入 3.5 寸，隔日针 1 次，共治疗 30 次，癫痫未再发作，已维持 2 年。后恢复汽车司机工作。

[按语] 患者系癫痫大发作，贺老以微通法涤痰开窍，通经调气而愈病。微通法广泛用于针灸临床，且内伤外感，虚实寒热，男女老幼皆宜，所以说微通法是针灸治病的主要方法，也是其他针法的基础。

颈淋巴结核　张××，男，31 岁。左侧颈部生一硬核已年余，初如黄豆大小，渐至大如核桃(大小约 4 cm×4 cm)，周围有大小不等硬核 4 枚，经某医院切片检查，诊断为颈淋巴结核。现感颈部不适，局部压痛，纳食一般，两便调，形体消瘦，面黄无华。舌淡苔白，脉弦细。证系痰浊凝聚，气机不畅。治拟温通经脉，消痰散结。治以粗火针，行慢刺法，于硬核上刺 3 针，每周 2～3 次，经治疗 3 个月痊愈。

[按语] 温通法的主要代表即火针疗法，贺老以火针治疗多种病证。如痹证、癥瘕结聚、疮疡、拘挛、麻木等寒热虚实之证，无所不宜，故火针疗法是贺老治病的常用方法。

高血压　应××，男，63 岁。发病前过食厚味之品，复因气怒，即伸欠频作，神疲倦怠，头目眩晕，次日来院就诊，症有加剧之势，且见冷汗出，恶心呕吐，心中烦乱不安，四肢逆冷。舌苔中间厚腻，脉弦滑无力。测血压 25.5/14.5 kPa(190/105 mmHg)。证系阴阳失调，阴虚阳亢所致。治拟平肝潜阳。急取人中放血，曲泽、委中缓刺放血，四神聪、十二井穴速刺放血，配合毫针针刺内关，以护心气，针刺足三里以防气脱。针刺治疗后血压降至 22.5/9.5 kPa(165/70 mmHg)，患者自述心烦大减，目眩消失，呕吐止，获得满意效果。

[按语] 放血疗法是通过决血以通经调气，祛除邪气的方法，

故属强通法，此法可治疗热证、痛证、麻木、疮疡以及各种危重急证，是针灸三通法的重要内容之一。

综上所述，微通法、温通法、强通法是针灸三通法的基本内容。临床上，根据病情不同，既可单独使用，又可互相配合应用，往往可收到极好的治疗效果。针灸三通法治疗疾病的手段不同，方法不同，但其治疗疾病的共同原理在于"通经调气"。贺老把中医繁多的病理机制归结为气滞，提出"病多气滞，法用三通"的观点，因此可以认为，"病多气滞"是针灸三通法的理论基础，而针灸三通法是治疗各种气滞疾病的方法和手段之一。

（徐春阳）

诸葛文先生临床经验简介



诸葛文(1918—1984),又名诸葛汉忠,浙江绍兴人。13岁拜师学医,21岁进入中国医学院攻读中医理论3年。1942年受聘于上海绍兴同仁诊所为中医针灸医师。1947年在沪私人开业。1955年进入徐汇医院任针灸科副主任。1962年进华东医院任针灸科副主任。诸葛医师从事针灸工作40余年。曾任上海中医学会针灸分会理事。

诸葛文先生是一位针灸专家,他具有丰富的临床经验,高深的学术造诣。在华东医院工作期间积累了一套老年针灸保健和外宾医疗工作的宝贵经验。现简介如下。

根于阴阳,立于气血

诸葛先生在长期临床工作中,重视调畅气血。他认为,疾病的发生,从根本上说即是阴阳相对平衡遭到破坏,出现偏盛偏衰的结果,但人生最宝贵的物质是气血。人的疾病与健康,衰老与长寿均与气血息息相关。"血脉流通,病不得生"。"气血正本,长有天命"。他认为,气血是经络和各脏腑以及其他组织功能活动的主要物质基础,气血各有其功能,又互相为用。在生理上气能生血、行血、摄血,而血能为气提供物质基础,血能载气。人体的一切功能活动均

是由畅通的气血来完成的。经络是气血运行的通路，气血畅行体内，循环往返，如环无端，滋养着脏腑、筋骨、四肢、皮毛，使阴阳处于平衡调和状态。一旦气血相互关系失常，呆滞不畅，气血难以营养周身，阴阳平衡失常而出现各种病证。诸葛先生在临证中，主张“宣畅气血”为先，使经气畅血气活，阴阳调和。如我们在临床上常见到头项强痛，恶寒无汗，脉浮，但未发热者。先生辨证为太阳伤寒证，治疗时用宣畅气血，疏通经气，活血通络来祛邪外达。取穴为大椎、风池、肺俞、膈俞、心俞，均用泻法，不留针，然后用石蜡油涂在背部足太阳膀胱经经络上，扣上火罐，上下推动，使皮肤紫红后起罐，往往治疗1次即愈。又如脾胃虚弱，症见精神倦怠，肢软乏力，纳少便溏，食谷不化等，临床治疗贯以健脾和胃。但诸葛先生除此之外，还采用调理气血法。他认为，脾主运化，胃主受纳，为水谷之海，气血生化之源。脾胃要发挥正常的生理功能，其本身活动必须依赖气血滋养，如果失去这一物质基础，功能活动就不能正常发挥，并出现脾胃虚弱之虚证。诸葛先生在取穴时，除常用穴如足三里、上巨虚、气海、关元、三阴交、阴陵泉、脾俞、胃俞等穴外，还配用地机、血海，针灸并用。他认为血海为生血之海，足太阴脾脉所发，为脾血归聚之海，具祛瘀血，生新血之功能。地机，足太阴脾脉之郄，脾属土，土为地之体，足太阴气血所聚之要穴。诸穴合用，理气血，调脾胃，使气血充脾胃强，其功能活动得以正常运行。如此配穴使疗效更佳。根据诸葛先生的这一学术思想，我们用中药红花、川芎、威灵仙、川草乌等研制了祛风活血药饼，隔饼灸。融针、灸、药于一炉。在多年的临床实践中取得了良好的效果。

选穴少而精，擅用透穴法

诸葛先生每每临诊，组方配穴，周密严谨。取穴少而精，擅用透穴法，是其疗病的特点。他认为，疾病发生与发展，根本是阴阳平衡

失调，“治病必求于本”，“辨证求因”，治疗应是“谨察阴阳所在而调之，以平为期”。在临诊中，要通过分析疾病症状、体征，寻求病因，辨证取穴，方能奏效。透穴法可使一针数穴，可同名经透穴，或表里经透穴，或邻经透穴，可激发多经气、多穴位协同调节作用，互相配合呼应，平衡阴阳，增强治疗效果。

尹×，女，64岁，干部。头痛10余年，经神经科诊断为偏头痛，脑电图检查阴性，曾服用西药疗效不显。平时受风寒及疲劳后易发作。本次发病因近来连续数天工作至深夜，自感较疲劳。今晨起头痛头胀，经神经科介绍来针灸科就诊。症见左侧头痛头胀，痛势较剧，伴眼眶紧压感，同时兼有口苦面红，心烦易怒。舌红，脉弦数。诸葛先生辨证为肝有气滞，肝胆之风循经上扰而致，属少阳头痛证。取穴头维透颔厌，外关透内关，悬颅透悬厘，阳辅透绝骨，瞳子髎透太阳，阳白透鱼腰，行间，均用泻法，以平熄亢逆之风阳。留针20分钟，痛势已缓解，第2天原穴续治，病愈。

梁×，男，72岁，干部。近3月来，脘腹部闷胀，嗳气频频，纳食一般，两便正常，胃镜检查见食道散在白斑密集分布。曾用西药治疗收效甚微，后服中药调理，亦无明显改善。经人介绍前来针灸科请诸葛先生治疗。苔少质红，脉细。采用健脾胃法。取穴璇玑透华盖，紫宫透玉堂，膻中透中庭，均用泻法；胃俞、脾俞用补法，不留针；上脘透中脘，平补平泻；足三里、阴陵泉、三阴交温针2壮。留针20分钟，隔日1次，治疗8次后，嗳气大减，脘腹部闷胀感基本缓解，经15次治疗症状消失。又续治10次巩固疗效。复查胃镜示食道白斑比前有明显好转。

徐××，男，67岁。1月前，突感鼻闻怪味(化学气味)，经神经科、五官科检查阴性。无头痛，鼻无出血，无异物，西医治疗无明显效果。近来自感心神不宁，思想负担较重，睡眠不佳。苔薄白，舌尖红，脉细。采用宣肺开窍，宁心安神法。取百会，上星透神庭，印堂透山根，迎香、大陵、神门、足三里、三阴交，留针20分钟，均用平补

平泻。印堂透山根时，酸麻胀放射于鼻内。留针时，病人自觉怪味渐减。二诊时患者自诉针后当天已恢复正常。再作巩固治疗 5 次，告愈。

辨证精当，善治难症

诸葛先生几十年的临床实践，积累了丰富的经验。在诊治疑难杂症方面，有其独到之处。随师临诊，先生精于辨证，理法方穴，条理清晰，使学生得益非浅。如一日临诊时，见一站立不稳由两人扶持来就诊患者，问其症曰："半月前突感全身乏力，继而两腿不能行走，但无酸痛感。"病人面色萎黄，纳呆便溏。苔黄腻，脉细涩。家属诉此病已患 3 年，均在夏季，需半年渐愈。学生对此症颇感棘手，请教诸葛先生。先生曰："此症名风痹曳，为胃气衰，经脉虚，风寒之气伤于脾胃之经络所致。"嘱取阳明经穴为主，针灸并用，以健脾胃，养精血，使三宗筋脉濡润，肢体得以滋养。取曲池、胃俞、脾俞、足三里、阴陵泉、三阴交、血海，温针 3 壮。遵嘱治疗 10 次便愈。后又遇数例同类病例，用此法治疗，均获得明显效果。

（倪　力　李　鑫）

针 法 一 得



徐宗，1939年生。1964年毕业于上海中医学院针灸系。副教授、副主任医师。长期在广东从事针灸专业的医教研工作，曾担任广东省针麻中心研究组成员。1979年调入暨南大学，现任暨南大学医学院针灸教研室主任，医学院附属医院针灸科主任。陆瘦燕针灸学术研究会委员，阿根廷中华针灸学会顾问，阿根廷中医公会顾问，加拿大中医药针灸学会新不伦斯威克省公会顾问。曾短期出访印尼。完成省级科研课题1项，编写《针灸学讲义》1部，参与《医学百科全书·针灸分册》、《中华传统医学文库·针灸纲目》部分内容的撰写。发表学术论文20余篇，其中获《齐鲁杯》全国优秀中医药论文二等奖1篇。

针刺手法是针灸临床治疗的主要手段之一，是针灸学的重要组成部分，受到历代医家重视。已故针灸学家陆瘦燕先生是当代整理、继承和发扬传统针法的杰出代表。本人是陆老的学生，在长期学习和实践陆老针法中，逐渐形成了自己的针法习惯，取得颇好治疗效果。兹小结于后。

重视行气，力求气至病所

行气，现时称针感传导。指针刺得气感应的沿经传导，直达病

所。"气至病所"对提高疗效的作用比"得气"显得更重要。《灵枢·行针》专题讨论了"气行"的问题，历代医家为气至病所各创己术，总的称为"导气"、"行气"法。

陆老在整理前人行气经验时提到提插、捻转和针向等法，并运用现代科学手段进行临床观察。受陆老的启示，本人认真观察经络针感传导现象，从整理导气法着手，对传统行气法作了较系统的实践，并根据临床实际，将其整理归纳为四种简单易行有效的行气手法。

1. 导气法　源于《灵枢·五乱》。其操作，在针刺得气后，作徐插针，徐提针(可分层进行)。1 次提插为 1 度，可反复操作。要求进退针没有力度、速度和幅度的变化。作用在于激发和保持得气感应及其强度，并诱发气至病所。

2. 针芒法　在针刺得气行补泻后，将针退至天部，针芒向病所呈 45～60°角刺入人部，以使气行向病所，与《针灸大成》之说一致。

3. 捻转法　按《针灸大全》之法。操作时，右手持针，病在上，大指向后，食指向前捻针；病在下，则大指向前，食指向后捻针。捻针时用力需适度，角度由小至大，不用回捻，直至气行，待术毕，方将针体回捻。注意捻针不宜用力过大，速度过快，捻针的角度应不给病人带来疼痛为条件。

4. 按压法　此法有两种，均在行气的过程中使用。其一，在针刺行气中，紧按针体，同时用相应指力捻针，但针体并不出现下插和捻转的动作，而是使针芒达到按而不下，捻而不转的状态。其二，在行气中，押手拇指按压针穴下方，使气上行；按压针穴上方，使气下行。

临床上，本人常常用前三法，以肘膝以下穴为主。一般以导气法为基础，当针刺得气良好后，加用针芒法和捻转法，约 3～4 分钟即可出现针感，并传至肘膝附近，这时加强捻转的力度和幅度，针

感就会渐渐上传，直至病所。为保持这种良好的传感，在留针期间加用1～2次按压法。总之，上述四法的合理组合，是气行病所的可行条件。操作的关键在于针灸的方向，捻转用力的方向和手指按压的方向应保持一致，针感就能按一定方向，沿一定经脉传导，直至病所。

本人曾用上述四法治疗偏头痛，并以电针作对照，进行临床疗效研究。结果手法组疗效明显优于电针组($x^2=8.7$，$P<0.01$)。据统计学分析，其表现不仅在即时止痛($x^2=13.85$，$P<0.01$)，而且在缩短疗程($x^2=16.02$，$P<0.01$)。并对手法组针感传导程度、治疗次数与疗效的关系作进一步观察，发现针感传导越接近病所，其治疗效果越理想($x^2=12.5$，$P<0.01$)；而治疗效果越理想，其所需用的治疗次数越少($t=10.86$，$P<0.01$)。证实了气至病所的行气手法的重要临床意义。行气针法是提高针刺疗效的有效途径。

重视补泻，强调刺激量的相宜

陆老一贯重视针刺补泻，在系统整理和研究传统补泻手法，特别是对烧山火、透天凉等手法的研究，为后人留下了十分宝贵的经验。

本人循陆老的教导，悉心学习和使用各种补泻手法于临床，深受病患者的好评。在长期实践中体会到，手法补泻的量是值得注意和强调的。对于这个问题，自古以来争论未已。本人与陆老的观点一致，倾向于杨继洲“刺有大小”论。

那么，究竟如何掌握补泻的量呢？本人是从两个方面来掌握衡量标准的。

其一，综观各种传统补泻手法量的变化，主要是由速度、力度和幅度3个方面决定的。一般地说，速度较快的，力度较重的，幅度

较大的，补泻的量就较大；反之，速度较慢的，力度较轻的，幅度较小的，则补泻的量也较小。对这 3 个度来说，在操作中应始终尽量保持一致，切忌前后速度不一，力度不同，幅度不一。这需要施术者切实练好针刺的基本功。

其二，是对“九六”数的灵活运用。“九六”数出自《易经》，中医学家从阴阳观出发，将其溶入到针刺补泻手法中，成为基本补泻法之一。就九六而言，九数为阳，六数为阴。不论何种补泻法，补法都从阳数，以九为基础；泻法都从阴数，以六为基数。《医学入门》提出的“老阳”、“少阳”与“老阴”、“少阴”的概念，即可作为补或泻的具体的量。

其三，前者是对每一种补泻手法具体量的衡量；后者是对每一种补泻手法重复操作次数的衡量，即“度”的衡量。这样，既不违背传统的经典概念，又赋以新义。根据病情虚实的轻重程度之不同，将两者结合起来运用，其补泻的量也就具有强弱大小的不同。如徐疾补泻法，徐而疾则实，疾而徐则虚，以速度论补泻，操作中力度无变化。因此决定补泻量的大小，主要由进出针的幅度为依据。毫针仅在天部进出运动，幅度小，补泻量就小；若毫针由天部进入，经人部，直插地部，又由地部 1 次退至天部，则幅度大，补泻量也大。如此反复操作的次数，即“度”。补法以奇数计，一度量最小，九度为最大；泻法以偶数算，二度量最小，八度量最大。随着操作度数的加大，其补泻的量也随之增加。又如捻转补泻法，按窦氏之法，右转(大指向后)为泻，左转(大指向前)为补。其补泻量，若大指向前时用力较重，速度较快，捻转幅度较大，操作度数多的(七度或九度)，为大补；若大指向前用力较轻(仍比大指向后时为重)，速度较慢，捻转幅度较小，操作度数较少的(一度或三度)，为小补；处于两者之间的，则为中补。临床上的良好疗效，固然与准确地运用各种补泻手法分不开；然而与掌握适当补泻量也不无关系。

重视押手，主张两手协作贯穿针刺全过程

针灸医家历来重视押手的作用。为此，《难经》提出"知为针者信其左"的观点，反映了针刺操作双手协作配合的重要性。陆老认为不可低估押手的辅助作用。既便于刺手提插针时掌握轻重和深浅，使针不致弯曲和移位；又可以宣散气血，不致伤正；还可以控制或应传导方向等，颇为全面地总结了押手的临床意义。

本人遵《内经》、《难经》旨意，在实践中体会到，双手协作不仅体现在进针阶段，而且贯穿于针刺操作的全过程。这对圆满地完成针刺操作，提高针刺疗效是完全必要的。

进针是针刺操作的第一关。为找准穴位，入针不痛，在现有的押手法和进针法中，本人特别注意"摸穴"和"爪切"。摸穴，就是用押手寻摸穴位的方法。《针灸大成》称"揣"，这是取穴的必要步骤。摸穴不仅对取穴的准确性大有帮助；而且通过摸穴，可知该穴位处结构的大致情况，如皮肤的坚嫩，肌肉的厚薄，骨骼的大小，脉管的浅深等，便于施术者决定采用何种体位取穴，何种押手进针。爪切，即"爪切押手"，这是陆老最常用的押手法。操作时，可用大指爪甲的游离缘或侧缘于穴位处着力按切，也可用食指或中指爪切之，以达到破皮不痛或少痛的目的，故不少医家称此为"下针之秘法"。对于爪切之力的轻重，本人认为一般由针刺的深浅和补泻决定。即刺深，爪切用力较轻，使针位之卫气宣散，针可直达荣位；刺浅，则爪切用力较重，使针位之血气离散，针即刺到卫。此"刺荣勿伤卫，刺卫勿伤荣"之意。凡泻者，邪气壅盛，故爪切用力较重，令邪离散；补者，正气虚乏，故爪切用力较轻，以利气实。

"得气"是针刺治疗获得疗效的必要条件。其手法无论是刺手还是押手，都是相当丰富的。就押手而言，本人多用"循"和"扪"。"循"，即以押手大指掌面（也可用食中环指）作顺经循按，用力较轻，作用在于旺盛经络气血，促使针刺得气。此法主要用于气血虚

衰，得气迟缓的病人。“抓”，则用押手大指爪甲游离缘逐经按切，着力较重，用于邪气滞涩而不得气者。临床上每每起到颇好的催气作用。至于在得气基础上的补泻和行气手法，更离不开押手，前已论及，这里不赘。

出针是针刺的最后的一个步骤。押手运用适当，也寓以补泻之意。本人按《内经》“出针扪穴，勿令气出，为补；摇大针孔，出针勿闭其穴，邪气乃出，为泻”的原则。临床上需补，即慢出针，针出，速闭其穴；欲泻，快出针，针出，不闭其穴（或慢闭其穴）。对于病情需刺出血的实热证、瘀血证，可直刺血络，按泻法出针后，即见出血，以泻血清热，活血祛瘀。而出血的量视病情而定，不能一味强调越多越好，应以邪去而不伤正为度。

以气至和补虚泻实为原则对传统针法进行重新归类

实践告诉我们，任何针刺手法的出现和存在都有一定的临床意义。其根本的客观依据就是临床效果。于是，为提高疗效，古往今来，内容纷繁的种种手法不断出现。综观各种传统针刺手法设立的主要目的，不外乎是为了气至和补虚泻实。因此，气至和补虚泻实，是各种针刺手法的总纲，这是历代针灸家长期实践的经验总结。

经曰：“刺之要，气至而有效”。气至有两个涵义：一是指“得气”，一是指“气至病所”。如果说“得气”是针刺治病的基本要求，那么“气至病所”则临床效果更为显著。于是，在手法上，为“得气”，就出现了导气与催气两类措施；为“气至病所”，则出现各种行气法。综合起来，有基本行气法（导气法、平针法、针芒法、捻转法等），辅助行气法（按、括、弹、摇等法）和特殊行气法（摇法、动法、盘法、飞

法和弩法等）。

以补虚泻实为目的的手法，称为补泻手法。这是根据疾病过程中，机体出现的“正虚”或“邪实”的病理变化而设立的。补虚泻实手法，是为治愈疾病提高疗效，从而使机体恢复常态。补泻手法在《内经》中已有散在记载，金元后，刺法理论有很大发展，补泻手法由简到繁，从单一操作方式发展为综合运用，形成基本补泻手法和复合补泻手法两大类。

值得特别一提的是，有的针灸家在设立气至手法和补虚泻实手法的同时，将此两目的融合于一体，形成补泻与行气相结合的手法。这类手法是由若干基本补泻手法和特殊行气手法组成。既有补或泻或补泻兼有的意义，又含行气至病所的目的。如“龙虎龟凤”四法以及“龙虎升腾”、“中气法”、“运气法”、“提气法”等。均属此类。可以说，熟练掌握此类手法，其效必著。

综上所述，以气至和补虚泻实为纲，将各种针刺手法可归纳为气至手法、补虚泻实手法和气至与补虚泻实结合三大类。改变了目前一般针灸专著中，以针刺基本手法、辅助手法和补泻手法等传统的归类方法。如此分类法，把行气手法从传统的辅助手法中分离出来，作为一分类专项，突出“气至病所”的重要临床意义。随着行气手法从辅助手法中分出的同时，对一些具补泻和行气双重目的的手法，也由以补虚泻实为纲的复合补泻手法中分出，成为分类的另一专项，是顺理成章的。这样使针刺手法更为系统化，做到纲举目张，利于针法的临床、教学和科研工作的开展和深入。以祈在这个问题上统一认识，运用现代科学知识和方法，整理这份宝贵的遗产。

（徐　宗）

钱永鑫老师针灸临床经验介绍



钱永鑫，1938 年生。1958 年南京医学院儿科系毕业。历任上海市纺织工业局第三医院儿科、激光室主任，副主任医师，南通医学院副教授，上海市纺织医学会理事，上海市纺织医学会儿科组组长。1986 年曾荣获上海市人民政府科技三等奖，1987 年起任上海市长宁区第九届人民代表大会代表。1981 年起开展氦氖激光穴位照射在儿科领域的应用，是国内开展激光穴位照射在儿科领域应用最早的学者。近年在医学刊物上发表论文 10 余篇。

钱老师长期从事儿科工作，他衷中参西，取长补短，不拘泥西药一法，临床以取效为先，密切观察，大胆探索，勇于创新。擅长诊治小儿疳积、小儿哮喘、小儿惊厥、小儿肺炎等疾病。

大胆探索针灸急症

小儿急症是给病人带来极大痛苦，如不及时抢救将危及生命的病症。它的特点是，来势急，病势凶，变化快，需及时采取有效的治疗措施，才可使病情逆转。针灸在急症的应用，因受各种条件的限制开展不多。钱老师对小儿疾病的诊治有丰富的经验，他不满足西医西药独一的治疗手段，而认真学习中医知识，增加治疗疾病的

手段。他常说："我是西医医生，但我热爱中医事业，我觉得中医疗法可补西医之不足。"支气管哮喘一般用平喘药和激素治疗，有时疗效也不明显，因长期使用激素，往往产生毒副作用，他根据支气管哮喘的发病规律，采用穴位注射治疗，用自制的长 6～8 cm 注射针向肺俞穴斜刺，针刺明显得气后，快速注射胎盘注射液或鸡蛋清 2 ml，10 次为一疗程，平喘效果不亚于西药激素。如朱×，女，14 岁。有支气管哮喘史 10 余年，每年哮喘发作数次。近 2 月来发作频繁，用平喘药、激素后，症状不能缓解而住院治疗。症见哮喘以夜间发作为重，呼吸困难，不能平卧，口唇紫绀，两肺布满哮鸣音。入院后用平喘药和激素治疗，症状未见好转，停用平喘药和激素，改用鸡蛋清肺俞穴位注射。治疗 10 天哮喘明显控制，治疗半月后痊愈出院。

小儿惊厥来势较凶，一般临床上常首选鲁米那。钱老师在临床观察中发现素髎穴的止痉时间比鲁米那快，但持续时间不长。他中西互补，打破常规，首取针刺定痉，然后用鲁米那巩固疗效。如张×，男，4 岁。因高热 1 天伴惊厥来院急诊。症见口唇紫绀，颜面部肌肉和两上肢抽搐，即针刺素髎、合谷(双)，用泻法，留针 15 分钟，针刺约 20 秒惊厥症状消失，再予鲁米那 8 mg/kg 肌注，未再出现惊厥而入院治疗。素髎属督脉，具有升阳救逆、开窍泄热之功，文献中记载可治小儿惊风，配合谷两穴共奏清热镇惊之功。

激光穴位照射在临床的应用

氦氖激光穴位照射系无创伤疗法，无痛苦，无毒副作用，易被患者接受。钱老师通过临床摸索，大胆尝试，开辟了激光穴位照射治疗小儿疾病的先河。他常用激光穴位照射治疗肺炎、疳积、小儿遗尿、慢性结肠炎。治疗肺炎选用上海医用激光仪器厂生产的 GZ—1 型氦氖激光器。输出激光波长为 6238 Å，输出功率<2 mW，

纤维光束功率>1 mW。钱老师在原先取天突、肺俞、身柱，伴喘者加定喘、膻中的基础上，经过几年的临床摸索，精选穴位，减少身柱，伴喘，减少膻中，穴位减少后临床疗效相似。经过观察，激光组与药物组疗效相似，唾液和尿液 SIgA 提高明显。钱老师认为用抗生素无效或过敏体质等特殊情况的患者，可以采用激光穴位照射，同样可以有效。

氦氖激光穴位照射治疗小儿疳积 2 413 例，有效 2 117 例，无效 296 例，有效率 86%。1 年后随访，有效率 69%。治疗时用导光纤维对准穴位照射，或去除导光纤维将激光聚焦后直接照射穴位，照射时激光器距中脘 10 cm，照射光斑直径 5 cm 左右，每日 1 次，每次 10 分钟，10 次为一疗程。氦氖激光照射中脘能健脾和胃，消食和中。刺激穴位后能调节胃肠蠕动功能，增加消化腺腺体分泌，增强各种消化酶的活力，改善消化功能。消除了积滞现象，食欲能明显改善。小儿疳积，平时饮食调节是预防本病发生的重要环节，一定要掌握小儿的正常饮食规律，需随年龄的递增而注意饮食数量的供给。断奶前后应高度重视逐渐增加各种辅助食品。

氦氖激光穴位照射治疗慢性病也有疗效，因其无创伤，无痛而深受病家欢迎。如张×，女，40 岁。慢性腹泻 4 年余，经 X 线钡剂灌肠，确诊为过敏性结肠炎，经数家医院中西医治疗无效而请钱老师治疗。给予氦氖激光照射神阙、合谷(双)、足三里(双)，激光输出功率 25 mW，每穴照射 10 分钟，治疗时停用中西药。穴位照射 3 次后症状好转，穴位照射 10 次后腹泻症状消失。随访 4 年未复发。

钱老师认为，针刺得气而有效，灸可去寒，但传统的灸法不方便，且透热性不够，因此他针刺与二氧化碳激光穴位照射相结合治疗急性腰腿痛、关节炎等疾病每每获效。如郑×，女，46 岁。右下肢疼痛，行走不便 2～3 年，近 2 周疼痛不能行走，给予针刺环跳穴，行捻转、提插，上下幅度达 3 cm 左右，针刺有触电感，感应传导至足趾，病人得气感明显而不能忍受时留针，留针期间用输出

功率为 40 W 的二氧化碳激光聚焦照射针体，每天治疗 1 次。首诊后返家即感症状好转而能扶行，3 次后症状明显好转，续针 5 次后症状全部消失。随访 3 年未复发。

（迪　文）

秦亮甫老师学术经验拾零



秦亮甫，男，1924年生，江苏武进人。自幼随父秦志成学医，22岁悬壶沪上。1946年获全国第一届高等中医师考试及格证书及中医师证书。他参加的《针刺麻醉心内直视手术》获1990年国家科技进步一等奖。著有《杂病医案录》、《中国医学食物应用》（法文版）。参加编写《针刺麻醉》、《新针灸疗法手册》、《新编中国针灸学》等。1958年调入上海第二医学院附属仁济医院从事医教研工作。历任上海第二医科大学附属仁济医院中医科主任、中医教研室主任、主任医师、教授，中国针灸学会理事，上海针灸学会常务委员会理事。《上海针灸杂志》常务委员会编委，上海第二医科大学高级专业技术职务任职资格评审委员会委员，上海中医药学会理事。是获得国务院批准政府特殊津贴的专家，1990年被定为全国首批进行学术经验继承的名老中医。曾先后5次赴法国作针灸讲学，自编自译教材，亲自讲授。任法国斯德拉斯堡·路易斯巴士德大学医学院客座教授，并获得对教育贡献卓著者的“依堡卡特”奖章。

秦师博览众书，精于辨证论治，针刺配穴严谨，主张针药结合，擅长治疗各种疑难杂症。学术上能博采众长，衷中参西，提出了“主取督脉，以治四肢疾病”的观点，是当今针灸界的佼佼者。

辨证正确，治疗精当

辨证正确，治疗精当，是秦师疗病的特色。他认为，治病必须“辨证求因，审因论治”，只有辨证正确，治疗才能无误，只有切中病机，直捣病所，方能克敌制胜。秦师临证，首先务必辨清病在何经何脏，气血孰盛孰衰，寒热阴阳，邪正偏胜，然后再组方配穴。对虚损病人，常从脾胃入手，取足三里、三阴交，因脾胃为气血生化之源，脾强则气血充沛。对情志疾病 ，必从心肝入手，取内关、照海、太冲，因肝主疏泄，心主神明，肝气条达，心神安宁，则情畅志宁。对肺实咳症，常取尺泽、鱼际、孔最，以直驱其邪。对肺虚痰多者，往往取足三里、太白、太渊、偏历，原络相配，培土生金。而对久咳气喘，则多取中府、肺俞、肾俞、太溪，以肺肾同治。治肾精亏损者，必取肾俞、命门、复溜、太溪，以阳中求阴，阴中求阳，使阴得阳助而源泉不竭，阳得阴助而生化无穷。

×××，男，65 岁。心脏手术后引起血胸，再度手术后发生膈肌痉挛，昼夜呃逆不止已历 10 天，寝食俱废，多法医治无效，靠补液维持生命，诊其脉弦而滑数，舌苔淡黄腻而干。秦师辨为肝气犯胃，胃气上逆，治拟平肝和胃，降逆止呕。取行间、太冲、足三里、内关，得气后施泻法，继接电针 30 分钟，至留针 20 分钟时呃逆止。6 小时后复逆，但呃势已轻，第 2 天原穴再针 4 次而愈。

主取督脉，以治四肢疾病

在学术观点上，秦师能博采众长，把中西医理论融会贯通应用于临床。“主取督脉，以治四肢疾病”是秦师治病特色之一。督脉行脊里入于脑髓。肾脉贯穿脊柱，属肾，肾主骨，生髓，肾督两脉的关系密切。故凡是影响四肢功能的疾病，如关节炎、中风后遗症、脊

髓炎、进行性肌萎缩等，秦师都认为与督脉有关。现代医学理论认为，脑与脊髓发出的外周神经支配四肢的感觉、运动，当有关致病因素造成外周神经病损时可出现四肢的感觉异常，运动障碍或肌肉萎缩等症状。纵观中西医理论，衷中参西，秦师改变了传统的治四肢疾病仅在局部取穴的治法，提出了“主取督脉，以治四肢疾病”的观点。“主取督脉”的选穴原则是，上肢疾病主取大椎，因大椎与全身阳经交会，能疏通四肢的气血经络，尤以上肢头部为主。下肢疾病主取命门，命门穴为培元补肾，强健腰脊之要穴。肾之精气充足，则下肢强劲有力。加之用梅花针在督脉行经部位叩打后拔罐，每能获得良效。

徐××，男，57 岁。1990 年 12 月手术后，自第 8 胸椎水平以下感觉减退，两下肢乏力疼痛，伴麻木作胀，并有逐步向胸部上行趋势。1991 年 6 月外院核磁共振检查未发现脊髓肿瘤，诊断为脊髓炎。服用中西药疗效不显。1991 年 8 月慕名来秦师处诊治。症见精神萎软，面色苍白，步态摇晃，行步艰难，必须拄拐杖靠家人扶持行步，畏寒纳呆，大便溏薄，每日 2～3 次，舌苔白如积雪，舌质淡胖边有齿印，右脉沉细迟，左脉细软。秦师认为此属脾肾两脏阳虚，寒湿深入督脉，导致气血瘀滞，经脉失养，当用益火之源以消阴翳法温补脾肾，逐寒湿，通督脉。督脉梅花针加火罐，命门、腰阳关用温补法，配穴肾俞、太溪、公孙、脾俞、足三里、三阴交、阳陵泉，均在得气后用温针灸，留针 20 分钟，每周 2 次。3 诊后诸症向胸腹部上行趋势得到控制，腹部感觉恢复正常。原穴续治，6 诊后两下肢麻木、酸胀疼痛均减轻，步态摇晃有好转，守法再治，先后治疗 17 次，现此病人已掷去拐杖，独立行走，与常人已无明显差别。

针药结合，速蠲病痛

“一针，二灸，三服药”是秦师治病方法的原则。《素问·移精变

气法》云："毒药治其内，针石治其外"，针药运用得当，往往能相得益彰。秦师常说：针、灸、药各有所长，不能偏废。秦师临证，凡遇初病、急症，首先针刺，以针刺取效之立竿见影，顿挫其来势之猛烈。如呕吐频繁，汤水难进之病人，秦师用针刺天突、内关、中脘、足三里，1 诊即能使呕恶缓解，2 诊而能进食。凡遇久病，虚证，寒证则以灸法为主，以灸之温热能祛寒补虚。如长期咳喘不愈者灸大椎、肺俞；慢性泄泻，缠绵不愈者灸天枢、足三里；畏寒痛经灸关元、三阴交。而对一些重症，危症，久治不愈的疑难杂症则往往针药并施，双管齐下，以针刺导其先，以汤药荡其后，每能收到满意的疗效。

方××，男，26 岁。患者因持续性头痛 2 周，收入我院治疗，经多次脑脊液检查，发现"新隐球菌"感染，诊断为"隐球性脑炎"。用异烟肼、链霉素、强的松、醋氧酰胺，二性霉素静脉滴注，二性霉素鞘内注射及中药治疗均无明显疗效。住院治疗 7 个月，头痛程度有增无减，渐致双目失明，两耳失聪，颅内压最高达 58.8 kPa。是年 2 月邀秦师会诊。察其症，见全头疼痛以巅顶为最剧烈，颈项稍强，坐卧不安，夜不成寝，面色潮红，大便干结不畅，小溲色黄。检查见两眼瞳孔等大，约 0.4 cm，对光反射消失。右耳听觉丧失，左耳听力稍存，颅内压 54.8 kPa，体温正常。舌苔薄白而干，舌质深红，脉弦滑数。秦师认为此属厥阴木火上亢，少阴精水为其消涸，治当平熄厥阴木火以救少阴精水之竭，先拟平肝通下清热。

取行间、合谷、丰隆、太阳、风府、风池、大椎，用徐疾提插法中的泻法，留针 20 分钟，每日针刺 1 次。内服龙胆草 9 g、石决明[先]60 g、白蒺藜 9 g、杭甘菊 9 g、生川军[后]4.5 g、芒硝[冲]12 g、鲜生地 30 g、鲜芦根 2 支、生石膏[先]60 g、肥知母 9 g、金银花 9 g、辰连翘 9 g、紫雪丹[吞]2.7 g，每日 1 剂，10 天后，患者巅顶头痛明显减轻，听力稍增，大便通畅，苔薄白，舌红绛减退，脉细弦。木火上亢之势已挫，改用潜阳熄风凉肝益阴法治之。

原穴续针。内服青龙齿[先]30 g、石决明[先]60 g 、玳瑁片[先]15 g、鲜

石斛 30 g、羚羊粉[吞]1.5 g、池甘菊 9 g、双钩藤[后]15 g、僵蚕 9 g、天麻粉[吞]3 g、大川芎 6 g、香白芷 6 g、木笔花[包]6 g、川连粉 1.5 g、连翘 9 g、银花 9 g，每日 1 帖。

如此针药同用，历时 45 天，患者头痛完全消失，两耳听觉基本恢复正常，颅压恢复至 28.42 kPa 左右，2 次脑脊液隐球菌培养未见生长。唯双目依然失明，后由眼科诊治，终未复明。

（卢锦花　任秋华）

秦氏家传针法



秦德铨，1913年生，安徽宿州人。出身儒医世家，其父秦隆中，字允执，能文善医，对奇症异疾，发无不中，斯术精湛，名噪江淮，临症心得，多有论著。秦氏幼承庭训，17岁(1930)随父应诊，1935年悬壶乡梓。1951年赴安徽中医进修学院(安徽中医学院前身)进修学习，旋即拜著名针灸学家查少农教授门下深造。秦氏平生精研岐黄，谙熟《内经》、《难经》，长期潜心于古针法的研究，且多有创新，施于疑难杂症每获良效。

皖人秦德铨氏，出身儒医世家。其父允执公，能文善医，对奇症异疾发无不中。秦老幼承庭训，尽得家传，临症60余载，以金针度人。今不揣谫陋，把秦老授家传针法整理一、二，以飨同道。

秦氏热补凉泻法

手法组成　捻转、提插、震刮、开阖。

1. 热补法　本法适用于脏腑经络的虚寒证。

操作　凡用针时，左手食指紧按穴位，右手持针刺入皮内，待针下得气后，将针1次插入所需深度，拇指向前捻转行阳数，至针下沉紧，连续慢提重插，倘热生，出针，疾闭其穴。感觉迟钝者，同时

配合震刮术，拇指向下刮针柄约1分钟，然后再施前法。

2. 凉泻法　本法适用于脏腑经络的实热证。

操作　进针同上，先深后浅，待得气后，拇指向后捻转行阴数，候针下沉紧，连续急提慢插，摇动针身引伸其气外出，待有凉感出针，不闭其穴。感觉迟钝者，可配合震刮术，拇指向上刮针柄约1分钟，再施前法。

按语　热补凉泻手法是一种较难掌握的复式针刺手法。早在《素问・针解》篇中就有"刺虚则实之者，针下热也，气实乃热也"；"满而泄之者，针下寒也，气虚乃寒也。"的记载。历代医家受《内经》的启迪而多有发展。《针灸大全・金针赋》首载了"烧山火"、"透天凉"的操作技法。后世渐次充实了其内容，近代有关该手法的报道亦不乏其人，然多沿袭前人之法，由提插、捻转、徐疾、呼吸、九六、开阖等法组成，分天、人、地三部施术。终因其手法繁复，持针者心中了了，而指下茫茫，难以推广运用。秦氏针法简单而易行，然在施术过程中，尚需注意以下五点。

(1)施术时遵其法而不守其绳，热补法不必拘于九数，凉泻法亦不必墨守六数。

(2)施术时集中精力，专心一致，做到心针合一，力达针端。

(3)待有感应后(热感或凉感)，扳倒针柄，施以苍龙摆尾法，使感应直达病所，乃至扩散至全身，待气散后出针。

(4)进针时可配合点刺法，以减少疼痛。

(5)内脏器官、肌肉浅薄部位，心脏病患者以及孕妇等禁用此手法，老弱患者宜慎用。

以上五点乃秦氏手法成功之关键，且不可掉以轻心。

秦氏子午捣臼手法

手法组成　捻转、提插、盘针、九六、开阖。

本法适用于水肿、气胀等证。水肿在临床上大体分为“阳水”和“阴水”两大类。阳水发病较急，偏于热证、实证。阴水偏于虚证、寒证。故在治疗方法上亦各不相同。

1. 阳水刺法

(1) 取穴　主穴取中脘。配穴取合谷(补)、委阳(泻)。

(2) 操作　取中脘穴刺入天部，待得气后，进入人部行九阳数(一九或三九)，用盘针法，稍停，带气提至天部，却行六阴数(一六或三六)，用盘针手法，稍停，再带气进入人部，如此反复3次，倘腹有肠鸣，说明水、气均动。再从人部提至天部，稍停，待气散后，摇大其穴，缓闭其孔。同时在合谷穴施以补法，委阳穴施以泻法，使微汗出。

2. 阴水刺法

(1) 取穴　主穴取中脘。配穴取足三里(补)、阴陵泉(泻)。

(2) 操作　取中脘穴迅速刺入天部，稍停，进入人部，待得气后行阴阳交泰之法(左盘九阳，右盘六阴)，反复操作3次。稍停，带气进入地部，却行六阴数。稍停，带气提至人部，再行九阳数，然后带气进入地部，如此反复操作，若腹有鸣响，提示水、气均动，将针提至天部，稍停，待气散后即可出针，急闭其穴。同时，在足三里穴施以补法，阴陵泉施以泻法。

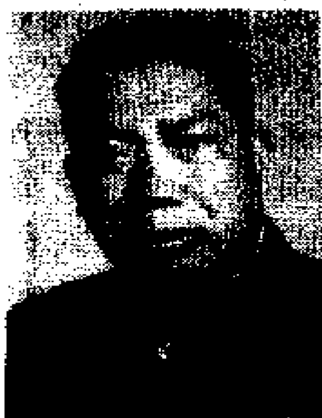
按语　子午捣臼针法是以捻转、提插相结合的针刺手法。《针灸大全·金针赋》云：“子午捣臼，水蛊膈气，落穴之后，调气均匀，针行上下，九入六出，左右转之，千遭自平。”这段文字，其言简，其意赅，历代医家见仁见智，理解各不相同，又因其手法操作复杂，难以掌握，一向问津者少。秦师得先人真传，运用此导引阴阳之气，壮阳以制水，补阳兼泻阴，用以治疗气化不利，水湿泛滥所致的水肿，甚为得心应手。治阳水，取中脘以开动中州之运化，升清降浊，使之各司其职；补合谷以实肺气，使之制节有权，以助膀胱之气化；委阳乃太阳经之别络，太阳主一身之表，从其别络一泻，从而达到水利

而肿消。治阴水，补足三里以扶正祛邪，其病机在里，所以泻阴陵泉。中脘为六脉交会的穴位，施阴阳交泰法以导引阴阳之气。一般情况，虚则当补，实则当泻，对虚不受补者，先行九阳数，若患者感觉不舒，为拒阳不纳，可改行六阴数，最终仍归九六数。秦老在1958～1962 年水肿病防治工作中，运用子午捣臼针法，导引阴阳之气，补泻兼施，利水消肿，收效甚捷。

秦氏子午捣臼针法在操作上有异于古法，但肝脾肿大者宜慎用，以防不测。

（单永华　张载义）

盛灿若教授经验点滴



盛灿若，1933年生，江苏南通人，1949年踏上医学的道路。现任南京中医学院针灸系针灸治疗学教研室副主任，教授，江苏省中医院针灸科副主任、主任医师。兼任中国针灸学会理事，全国高等中医药院校针灸教材编审委员会委员，《中国针灸》编委，中国针灸专家讲师团副团长，国家自然科学基金会评审委员。主编《中国针灸荟萃·临床治疗学分卷》上册、《实用针灸临床手册》，《实用针灸治痛手册》、《临床针灸学》。协编了《新编中国针灸学》、《针灸临证指南》、《实用针灸·推拿·气功挂图》、《中国针灸名家医案》等。发表学术论文40余篇。先后应日本、澳大利亚、英国、意大利、香港、爱尔兰等国家和地区邀请，进行针灸讲学。曾获得全国科技大会科技成果奖，中央卫生部科技成果乙等奖，江苏省人民政府科技成果四等奖，江苏省卫生厅科技成果二等奖。

盛教授从事临床医疗工作40余年。积累了丰富的临床经验。尤其擅长治疗神经系统、运动系统疾病和疑难杂症，效果显著。

善用长针，攻克顽疾

长针的运用，临床医生颇难掌握，而盛教授善用长针，治疗效

果满意。

田××，男，30岁，厨师。青年时下农村务农多年，经常淋雨涉水，坐卧湿地，8年后回城工作，就职于厨师，常年站立劳作，逐渐出现腰酸，神疲，下肢无力，尤以左下肢明显，时伴头昏，纳谷不旺。苔腻，质红，脉来细弦带滑。检查患肢无红肿，但见大腿肌肉消瘦，沿伏兔穴一周测量，较健侧消瘦2 cm。曾经多方求治未验。后闻盛教授之名而来求治。教授认为该患者病因与其早年淋雨涉水，坐卧湿地有关，湿邪侵淫，阻滞于经脉，湿乃为阴邪，其性缠绵，日久邪留经络，郁而化热，蕴蒸于阳明之经，以致宗筋弛缓。加之长期站立，筋经受损。纳少神疲为脾胃功能失健。病延日久，久必及肾，故腰酸，下肢无力等症。本患者实属痿证。从古至今，治痿之法繁多。盛教授仍遵"治痿独取阳明"之古训，《素问·痿论》篇："治痿者，独取阳明何也？"岐伯曰："阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利机关也。"故以阳明经之髀关、伏兔、梁丘、足三里，以及脾经的三阴交等穴为主。意在鼓舞脾胃之气，通调阳明经之气血，兼有益肾健脾之功。操作时运用125 mm(5寸)长针，一针可透数穴，施以手法，使之通经接气。1个疗程之后，患者自觉症状改善，4个疗程之后，患肢肌肉基本恢复。再测量患肢伏兔穴周径，与健侧同部位相比，相差不过0.5 cm。

此外，对坐骨神经痛、胃下垂、中风后偏瘫、腰腿痛等疾病，盛教授均善用长针，施以手法，取得令人满意的疗效。

咽四穴，疗咽疾

"咽四穴"是指分布在颈部喉结旁的4个治疗点。此4个治疗点，不属于十四经脉，经外奇穴中也未在古今书籍中记载过。盛教授通过多年的临床实践，积累了极为丰富的经验，用咽四穴治疗咽喉部疾病屡治屡效。如对声带小结、声带息肉、声带麻痹、急慢性咽

炎、癔病性失音、舌咽神经痛、急性扁桃体炎等，均有良好的治疗效果。

"咽四穴"位于喉结旁开约2寸，甲状软骨边缘，然后向上下各0.5寸处为2个治疗点，左右共4个治疗点。两点之间上下距离为1寸。进针时沿甲状软骨边缘左右相对成外八字形，针尖向内直刺约1.2寸。进针之后局部出现鱼刺梗阻感。可留针20～30分钟，忌大幅度捻转提插。并嘱病人不要说话。

张××，男，34岁。3年前因感冒后并发急性喉炎，由于治疗不力，转变成慢性喉炎。已为多家医院专科诊断。就诊时，发病月余，咽喉部不适，有时喉痛作梗，声音嘶哑，受凉后症状加重。检查咽喉部充血。舌质红，苔薄白，脉细滑。盛教授认为此病例为肺肾阴虚。肺为气之主，肾为气之根，声音赖气之鼓动而发。故古人有"肺为声音之门，肾为声音之根"。故此患者除用咽部4穴外，加取手太阴肺经之列缺和足少阴肾经之照海。列缺通于任脉，照海通于阴跻脉，两穴相配乃为八脉交会穴，达到清热利咽、滋阴降火的目的。咽四穴以疏通局部气血。远近配合，相得益彰。

病在上，取之下

呃逆一证，为临床多见，轻者一针能立竿见影，重者往往缠绵日久不愈。本证均由胃气上逆动膈而成。其病因病机因人而异。有因寒冷而逆者，有因胃气虚弱而逆者，有肝郁气滞而逆者，有胃中郁热而逆者，更有因饮食不节痰浊中阻而逆者。故张景岳云："凡杂证之呃，虽有气逆，然有兼寒者，有兼热者，有因食滞而逆者，有因气滞而逆者，有因中气虚而逆者，有因阴气竭而逆者。"凡各种因素均须详细辨之，分别针对病因病机而治。所谓"治病必求其本"也。但呃逆发作之时，无论用何法治疗，必先止呃，即"急则治其标"。盛教授对呃逆一证治之有方，尤其对顽固之呃逆有独特的经验，能有

立竿见影之功效。

金××，男，42岁，职员。患者因连日远出在外，身体疲乏，加之酒食无度，至使呃逆发作。在当地经各种治疗未效而返宁求治。当时呃逆已连续5天。呃声频频无休止，且伴神疲乏力，胸脘痞闷，面色少华，纳食乏味。舌苔白腻、脉滑。根据以上情况，审其病因乃饮食无度，损伤胃气，致使胃气上逆。盛教授根据"急则治其标，缓则治其本"的原则，先取涌泉穴，用提插结合捻转的泻法，先以止呃，针下呃止，再以内关、足三里调和胃气，宽胸利膈。仅1次而愈。

治偏瘫，重脾胃

中风后遗症，是我国的常见病，多发病。一般说来，其后遗症恢复的好与差，除了与病人的年龄大小，病情的轻重，病位的不同外，还取决于发病后对后遗症的治疗是否及时。盛教授博览群书，集思广益，对中风后遗症的治疗积累了一整套有效的治疗方法。尤其对久病肩关节松弛，肘关节拘挛，踝关节外翻，行动困难或语言不利的病人，除了取巨骨、肩髎髃、曲池、手三里、外关、合谷、中渚 、后溪、环跳、居髎、风市、伏兔、委中、阳陵泉、足三里、承山、悬钟、解溪等阳经穴外，同时还善用极泉、曲泽、少海、内关、劳宫、箕门、阴陵泉、曲泉、三阴交、太溪等阴经穴。阳经穴用轻泻法，阴经穴用轻补法。因此类病人多数有阳偏亢，阴不足的病理表现。后期病延日久又常因气阴不足而经脉失养。故在所选穴位中，尤其重用足阳明胃经以及足太阴脾经的穴位。意在健脾胃，生气血，使精血生化有源，则经络才能得以濡养，病人康复有望。若语言不利则再加廉泉、通里、照海。并行之手法，均可收效。

刘××，女，55岁，工人。患者中风(脑溢血)已5个月。素有高血压病史，某日因家事不顺而情绪波动，次日即出现头痛嗜睡，左半身不遂而送至医院急诊，CT检查示脑溢血。经药物治疗后症情

稳定。半个月后停药，留下半身不遂。因畏惧针灸，延至 5 个月后不得已就诊于针灸。当时口角微歪，左半身不遂，上肢不能活动，下肢步履艰难，无单独行走的能力。无头昏头痛，纳谷一般，两便尚调。舌苔薄白，舌质偏红，脉来细弦。查血压 16/12 kPa（120/90 mmHg），左上肢肌力Ⅰ度，肌张力增强。左下肢肌力Ⅲ～Ⅳ度。每次治疗，上、下肢各取 3～4 个阳经穴位，2～3 个阴经穴位。施以上述手法，留针 30 分钟，每周治疗 3 次。同时，嘱其配合功能锻炼。经 3 个月治疗，患肢肌力上肢达Ⅲ～Ⅳ度，下肢达Ⅴ度。单独行走无妨，能料理日常生活，还能从事一些轻工作。

（蒋彩云）

葛书翰老师临证经验介绍



葛书翰，1936年生，山东蓬莱县人。1960年毕业于中国医科大学。1970年于辽宁中医学院西学中学习1年。现任空军沈阳医院针灸科主任，主任医师。兼任全军针灸专业委员会副主任，辽宁省特种针法研究会副会长，中国针灸专家讲师团成员。发表针灸学术论文58篇，其中有16篇已被刊译成英文与日文发表。与徐笨人老中医合著出版了《快速针刺疗法》与《临床针灸学》两本针灸专著。有5项针灸科研获得了军队科技成果奖，其中《针刺治疗原发性三叉神经痛》获得了军队科技成果一等奖。其名字已被列入《军中名医》、《中国当代中医名人志》中。1992年获"有突出贡献的专家"称号，获政府特殊津贴。

精于选穴，中西合参

葛老师认为"善用针者，穴不在多，而在精"。在针灸临床上，他根据中西医结合的观点，多采用循经取穴与神经走行取穴相结合的方法，选取对所治疾病有着最直接和最紧密联系的1～2个穴位进行针刺治疗。

呃逆，中医认为是由于胃膈之气失宣，胃气上逆所致。传统针刺方法常选用中脘、气海、足三里、天突、内关等穴治疗，多获良效。但长时间连续反复发作的顽固性呃逆，采用上法治疗，则收效甚

微。1980年以前，采用上法治疗32例，仅治愈15例。自1981年以后，独取扶突穴治疗顽固性呃逆，收到了显著疗效，据405例疗效分析，1个疗程内的治愈率达80%。从针灸学角度看，扶突穴属手阳明大肠经，针刺扶突可通经活络，降逆调气。从解剖学角度看，扶突穴的深部由3、4、5颈神经的前支通过，而3、4、5颈神经的前支共同构成膈神经的运动和感觉纤维。通过针刺扶突穴，能抑制膈神经的兴奋性，从根本上解除膈肌痉挛，达到降逆解痉的目的，因而收效显著。

注重手法，气至病所

针刺治疗，要取得一定的针感(即得气)，这是一般针灸医生均能做到的，但要求达到“气至病所”，则并非易事。《灵枢·九针十二原》篇曰：“刺之要，气至而有效”。指出针刺的关键，必须达到气至病所，才能收到较好的疗效。因此，气至病所一直被认为是获得疗效的重要手段。

在1974年以前，采用传统的针刺方法治疗31例三叉神经痛病人，平均针刺42次，结果有效12例，无效19例。分析无效的病例，均未达到气至病所。经过8年的临床探索，葛老师创造出中西医结合的针刺方法，就是通过经络上的穴位来刺激受累的神经分支。例如，治疗三叉神经Ⅰ支痛，通过鱼腰穴刺向眶上孔的眼神经支；治疗三叉神经Ⅱ支痛，通过四白穴刺向眶下孔的上颌神经支；治疗三叉神经Ⅲ支痛，通过挟承浆穴刺向颏孔的颏神经支等。通过穴位刺激到神经分支的客观依据是，针刺后患者的相关部位要出现触电样针感，即达到气至病所。用以上方法治疗原发性三叉神经痛，取得了显著疗效。据2 100例疗效分析，有效率为99%，止痛率为54%，这一新的针刺方法特点是，针刺后病人感到有一种触电样针感传至疼痛部位，即达到了气至病所，所以取得了显著疗效。

这一新的针刺方法经全国知名的针灸专家与神经病专家的共同鉴定，一致认为针刺方法有创新，针刺疗法达到了国内先进水平。这一针刺研究成果，获得了军队科技成果一等奖

针罐并用，活血化瘀

火罐疗法来自民间，晋唐时期已广泛应用。《灵枢·刺节真邪》篇曰："脉中之血，凝而留止，弗之火调，弗能取之"。说明火罐有驱散寒邪，运行气血之功效。葛老师对一些病证，常针罐并用，相辅而行，以活血化瘀，疏通经络。

例如感冒，多针刺大椎、合谷，以疏散表邪，清热利咽。在大椎穴起针后，在原穴位上加用火罐，留罐5～6分钟，以加强疏散表邪的作用。临床上多收立竿见影之功效。

临床研究，提高疗效

胃下垂是临床常见的慢性病证，症状极似中医的脾胃虚弱，中气下陷之证候。1972年葛老师得知长针治疗胃下垂的疗效较好，便前去学习。当时长针治疗胃下垂，治疗一次需2个小时，能不能缩短治疗时间？治疗多长时间合适？为此，在放射科的支持下，葛老师在荧光屏下，观察针刺对服钡病人胃体的影响，通过10例观察，发现针刺后10分钟左右，胃体不再上升。又在临床上进行了对照观察，证明了胃下垂病人治疗10分钟与治疗2小时的效果完全一样，最后将慢法改为了快法，大大提高了工作效率。长针治疗胃下垂的方法，采用0.40 mm×175 mm(28号，7寸)长的芒针，自巨阙(腹正中线上，剑突下1.5寸处)进针，皮下透至左肓俞(脐左旁开0.5寸处)，稍捻转后针柄与皮肤呈30°角慢慢上提。第1次提针

20分钟，自第2次起每次提针10分钟，每日或隔日针刺1次，10次为1个疗程。Ⅰ度胃下垂需针刺1～2个疗程，Ⅱ度和Ⅲ度胃下垂需针刺3～4个疗程。

经315例疗效分析，Ⅰ度胃下垂治愈率为79%，Ⅱ度胃下垂治愈率为38%，Ⅲ度胃下垂的治愈率为12%。说明病情越轻，疗效越好。

为了巩固和提高疗效，在治疗同时要加强腹肌锻炼，如坚持做仰卧起坐，两脚向上模仿登自行车等，持之以恒，收效明显。

（葛继魁）

彭静山针灸学术临床侧记



彭静山，1909年生，辽宁开原市人。16岁学医，拜号称“神针”的唐云阁、东北一代名医马二琴为师。并在满洲医科大学进修西医。精通内、外、妇、儿、针灸。1930年在沈阳积盛和大药房坐堂行医20年。1951年受中国医科大学之聘，任针灸讲师，组织针灸研究室并开展针灸门诊。1952年全国推广针灸之初，针灸古书皆为文言，遂用白话写了《简易针灸疗法》在上海出版，对初期推广针灸起到普及作用，至1958年累计发行16万册。1971年再版，行销于东南亚各国。彭老行医63年以来，计出版中医、药、针灸书籍14种。所著《简易针灸疗法》、《针灸秘验》、《华佗神医秘传》供不应求。在国内中医和针灸杂志发表论文130余篇，有些被美国、日本等国所译载。发明“眼针疗法”，获国家科技进步二等奖，并纳入“八五”期间“金桥计划”。曾任沈阳市中医学会副理事长，辽宁省针灸学会、中医学会理事。参加编写《针灸学辞典》，审阅《中医辞典针灸分册》。现任辽宁中医学院教授，中国针灸专家讲师团顾问，北京中医学院名誉教授，沈阳市中医临床研究会副会长，北京光明中医函授大学暨阿根廷中华针灸学会顾问，两度应邀访日。“眼针疗法”曾被天津电影制片厂拍摄纪录片在全国各地放映，并由北京中华音像出版社录像向国内、外发行。

彭老主张用针灸治病必须有坚实的基本功，对经络经穴继承

"唐神针"所传的"挂线循经"找穴认穴，蒙目摸穴，隔衣寻穴；对针刺方法先练轻刺，在水面针刺苹果而苹果不动不移位，继练点刺、浅刺、深刺、快刺、慢刺、直刺、斜刺、旁刺、横刺、反刺、倒刺、多刺、少刺、重刺等 15 种刺法；还有"龙眼"和"凤眼"的进针出针法；练臂运掌，练气运指的气功针刺法；对针具有毫针、圆利针、三棱针、梅花针、皮内针、揿针、芒针、角针、陶针、火针、镍针、小儿针、挑刺法、截根法等不同针具的运用方法；对古传补泻手法的意义别有见解，临床常用的开阖、提插、旋捻、迎随、烧山火、透天凉，揭去神秘外衣，直述其理论与手法。

循 经 取 穴

彭老对经络学说颇有心得，临床时运用 8 种循经取穴法，现介绍如下。

1. 辨证循经取穴　彭老主张经络从体表走向脏腑的那一部分名"体内循行"。从体内延伸到体表的那一部分名"体外循行"，两者与脏腑互相通连。《灵枢·海论》曰：经络"内属于府藏，外络于肢节。"彭老主张经络有 3 种个性，其一每条经脉都有自己单独的体内、体外循行路线；其二每条经脉都能反映出与其密切相关的疾病和症状；其三每条经脉都有其特效穴位。经络的共性亦有 3 种，第一，"内属于脏腑，外络于肢节"。第二，前后左右、互相对称，而彼此呼应"。第三，十二经脉，奇经八脉都分别以头面、五官、手足终末为集散之地和首尾之端。所谓个性又名特异性，共性又名普遍性。对于某些病要用辨证循经取穴。

刘××，女，13 岁，小学生，1974 年 7 月 14 日来诊。患者失眠达 4 个月之久，每夜长时间不能入睡，好不容易睡了片时又即醒。曾经服用各种催眠安神，养心补血等中西药均告无效。诊见神情疲倦，面色青黄，形态瘦弱。脉来沉弦，左关明显。询其母言平日脾气

暴躁，经常发怒，怒后则失眠更重。根据面色及脉象，均属于肝阳上亢而失眠。应刺大敦，因井穴灵敏，又易痛，不宜用手法，乃改刺荥穴行间用提插泻法，留针5分钟，再行手法1次而起针。连续刺行间4次，每天1次，穴法均同，从此睡眠渐达8小时而痊愈。3个月后随访，面色红润，睡眠良好。

2. 首尾循经取穴　此法即病在经脉的起端穴，针其止端穴；病在经络的止端穴，针其起端穴。

辽宁省某厅长夫人，左手无名指不能伸直，经常弯屈已3个月，多方治疗无效，某厅长偕其来求诊。说话幽默，用《四书》的典故说："今有无名指屈而不伸"特来求治。视其面色萎黄而浮肿，诊其脉沉，询其尿涩少，乃病在三焦，决渎失灵。遂针其左侧丝竹空，行旋捻补法而无名指微动，用此穴治疗3次而痊愈。

过了多日，开省政协会遇某厅长，彭老说："今有无名之指……"某厅长笑道："能屈能伸矣"。彼此大笑。

3. 两端循经取穴　确诊其病在某一经，即采取某经的两端穴位针之。

于××，女，30岁，书店营业员。右手食、无名指屈伸不利，对工作颇多不便。诊其脉沉，沉潜水蓄，病在大肠与三焦，主诉尿少便溏。遂取右商阳、迎香；关冲、丝竹空，针其4穴，用指甲刮其针柄9次，留针5分钟。复诊时两指运动较灵。4次痊愈，两便亦均正常。以后去买书，于女士点头微笑说："完全好了，多谢多谢。"

4. 远端循经取穴　此法即针其病侧手指或足趾的末端穴，以治其所属经之疾病。

王×，女，19岁。因受凉导致左手拘挛，握固难开，强力扳动则呼痛而仍不能伸开。视其形体尚壮，面色㿠白，脉沉迟。乃寒伤经络。诊断为鸡爪风。先用局部取穴针八邪、三间、后溪均无效。改用邻近取穴，针曲池、手三里、天井等穴亦无灵。遂采取针刺手六经的远端穴，或为首穴，或为尾穴，刺中府则拇指开，针迎香则食指

伸，针天池则中指松弛，针丝竹空则无名指灵活，听宫属小肠，但与心经有表里关系，针刺听宫时则五指活动如初，其病遂愈。

5. 表里循经取穴　刘××，男，40岁，工人。患者近数月经常胃痛，大便溏泻，四肢倦怠，面黄肌瘦，久治不效。胃主纳谷，脾主化谷，大便溏泻，其病在脾。乃用知热灸灸其络穴公孙，每次10余壮，即艾炷小如麦粒，置穴上燃烧，呼热则压灭另换1壮。共灸7次而手足转温，大便正常，疾病如失。

6. 原络循经取穴　刘××，女，25岁。上下睑不能闭合，不能眨眼，久治不愈。《灵枢·经筋》篇："太阳为目上纲，阳明为目下纲"。乃取足太阳之原穴京骨，足阳明之络穴丰隆，针刺加灸，5次治愈。

7. 募穴循经配穴　王××，男，35岁。咳嗽喘息多年，痰涎甚多，冬夏不时发作，久治不愈。右寸独数，属于肺热。循经取肺的募穴中府为主，配天突治痰鸣，膻中治气喘，丰隆以化痰。针刺7次痊愈。

8. 郄穴循经配穴　李××，男，16岁。突发衄血，以棉塞鼻则血从口出。寸脉数而无力，诊为肺虚血虚，而有热。先以线紧缠两中指第二、三指节间，可以止衄，然后取肺的郄穴孔最针之，留针半小时而愈。

交 经 缪 刺

1. 局部缪刺　疼痛在直径1cm以内者，针其相对处，前病刺后，后病刺前，刺其痛点相对处。

刘××，30岁，男，中学体育教师。因教学生跳木马而撞伤臀部，左右臀各有痛点如拇指头大，3年不敢坐，坐则疼痛不已，每天站卧而已，痛苦不堪。乃找到臀部痛点，针其相对的髀关穴附近，2次而愈。

2. 左右缪刺　可用各种取穴方法，左病刺右，右病刺左，在健侧同名穴刺之。

李××，女，23岁，音乐家。因拉小提琴右肘尺泽穴痛，乃针其左尺泽穴，平补平泻的手法，3次痊愈。

3. 平行缪刺　刘×，男，30岁。因怒气而导致右胁痛，痛点以左期门穴为剧，乃针其右期门，1次症状改善，治疗2次而痊愈。

4. 前后缪刺　寻其痛点，前病刺后，后病刺前。

李××，男，30岁。脐部久痛，痛点不放散，只在脐部，久治不愈。乃针其腰部与脐相对的命门穴，2次而告愈。

（彭　敏）

臧郁文教授学术经验撷萃



臧郁文，1932年生，山东昌邑县人。1937年入塾读书兼学医，1948年在原籍任小学教师，1953年转医，悬壶于乡里及青岛，1958年进山东省中医进修学校学习，同年调至山东医科大学(现山东医学院)附属医院针灸科。1964年毕业于山东医科大学业余大学医疗班。1989年创立山东省针灸科学研究所，同年调任该所所长。曾任山东医科大学针灸教研组主任、教授，山东医科大学及附属医院针灸科主任、主任医师。兼任中国针灸学会常务理事，中国针灸学会针灸临床专业委员会副理事长，山东省针灸学会会长，山东省中医学会常务理事，山东省中医药科技委员会副主任委员，《山东中医杂志》常务编委，山东省政协常委，山东省文史馆馆员。是获得国务院批准政府特殊津贴的专家。

臧教授从事中医针灸临床40年来，谨尊《内经》、《难经》、《伤寒论》、《金匮要略》、《针灸甲乙经》、《针灸大成》，运用祖国医学理论辨证施治，要求针灸与现代科学相结合，针灸临床与实践相结合，积累了极为丰富的临床经验，是国内外颇有影响的针灸专家。兹就其丰富的临床经验中摘取几点，以飨读者。

经络辨证，治疗肠痈

臧教授针灸治疗肠痈已有几十年的的经验，尤其善用大肠经之原穴、合穴治疗本病，获效极佳。肠痈多由喜怒不适，饮食不节，寒温不时所致。临床观察与现代之阑尾炎类同。主要表现为腹痛、恶心、呕吐等。其腹痛多由上腹部或脐周开始，逐渐转移至右下腹，其痛拒按，腹肌紧张，右腿屈曲。舌苔黄腻，或中黄，或白厚，脉象多弦紧，或弦数，或间滑象。化验检查白细胞在 10.0×10^9/L(10 000)以上，麦氏点压痛、反跳痛明显，上巨虚穴部多有明显压痛(95%以上)。即诊断为肠痈(急性阑尾炎)。因病生于大肠，故取手阳明之原穴合谷，而"大肠合于巨虚上廉"，"因阳气在合，取合以虚阳邪"，故取大肠经之下合穴上巨虚为主穴，此两穴可以疏通大肠之蕴热。配以血海、阴陵泉、三阴交以活血通经，均取右侧。配穴每次只取其一，交替使用。每日针 2 次，均用泻法。臧教授用"血气者，喜温而恶寒，寒则凝涩不行，温则消散而去之"的理论，针后加灸，冲破炎证不能用灸的论断，取得最佳效果。待腹痛减轻或基本痊愈，则改为每日 1 次，以巩固疗效。如局部硬结者，加灸腹结、委中及大肠俞点刺放血，或加拔罐以出血；大便秘结者，加刺照海、支沟；寒战、恶心、呕吐者，加中庭、身柱穴点刺加拔罐。

李×，男，24 岁。右下腹痛已半日。始胃脘隐痛，3 小时许则转为右下腹痛，其痛阵发而似绞，拒按，不敢直立，屈右足则痛轻，时欲吐，卧床而呻吟，不思食，小便尚可。舌苔白厚，脉象弦数，上巨虚穴部明显压痛，右下腹硬结核桃大。白细胞 13.0×10^9/L(13 000)，诊为肠痈。即针合谷、上巨虚、血海，加灸腹结，先行捻转后提插之泻法，留针 30 分钟，运针 3 次，当第 2 次运针，则腹痛减轻。每日针 2 次。次日无大便，加照海、支沟，刺后便通，右下腹痛亦轻，硬结见消，仍取委中刺之，针灸 4 日腹软而不拒按，重按始感微痛。6 日则结消痛减出院。随访数年，未曾复发。

分析病源，寻原求治

正确辨证，补泻得当，是臧教授治病的特色。他认为治病必须辨证，才能确定恰当的治疗原则和补泻手法，只有补泻得当，方能切中病机，消除病痛。譬如产后乳汁少，或点滴全无，他认为此症多由气血亏虚所致，治宜先补益而后疏利；亦有身体健壮，但产后无乳，此属气血壅滞难行，治宜疏导通乳。治疗取膻中、外关、合谷、少泽。失血体虚者加灸膻中，加针灸足三里。气血亏虚者用补法，实者用泻法。每日 1 次，3 次无效，则可寻他法。临床观察，凡产后 3～5 日求治者，其效甚佳，10 日以上者则收效差。

刘×，女，32 岁。于 1958 年冬，第三胎产后已 3 日，乳汁滴无。产后失血不多，但食欲欠佳。前生两子均无乳，以牛奶喂养。见他人针灸催乳，遂要求治疗，询及前情，以为治亦无宜。但因难辞其要求，试以治之。视其体弱消瘦，面色苍白，精神乐观，乳房不胀，食量不多。舌苔薄白，脉象沉细。此乃气血两虚，渗泌乏力所致。取膻中用艾条灸至红润为度，补其中气；外关属三焦之络，而主气化转运；少泽、合谷以疏其津液，导乳渗行；足三里针后加灸，补气血则乳汁溶溶。留针 30 分钟，轻捻 3 次而出针。及至次晨相告，针后 5 小时乳胀而下，婴儿足食。

善用流注，针治难症

臧教授认为子午流注规律及子午流注针法是我国历代医家数千年来辛勤创造和实践的结晶，是天人相应理论在人体生理方面的一种具体体现，因此具有重大的科学价值和极高的应用价值。正是基于这样的一种认识，他几十年来花费了大量的精力来研究子

午流注针法，特别是用该针法治疗顽固性头痛、高血压、冠心病、癫狂、呃逆、舌播症、痛经、失眠、耳垂肌萎缩等疑难奇症，往往效如桴鼓。

朱×，男，32 岁。因上腹痛行剖腹探查术，由于发现癌症广泛转移，手术不易进行而关腹。术后数日突发呃逆(膈肌痉挛)，持续发作，即便入睡亦不止，此症已 5 日余，给予注射药物及针刺、耳穴压豆等疗法，均收效甚微。于 1984 年 2 月 14 日上午外科约诊，见患者平卧病榻，面色萎黄，呃逆频作，神形痛苦，影响睡眠，刀口阵痛。舌苔白厚而腻，脉象弦长而硬。术后患此，实为危候。此乃胃肠失运，肝胆气逆，浊气不降，上犯横膈。治宜和胃平肝，调气降浊，拟用子午流注针法，是日为戊日戊午时，开足阳明胃经井穴厉兑，以毫针刺入 3 分，行捻转泻法，留针 30 分钟，第 2 次行手法时，呃逆骤止。于次日上午 10 时往诊，患者相告，自昨日针后一夜未发病，至今晨始有轻度发作。是时为已日之己巳时，开足太阴经井穴隐白，针法如前，10 分钟后，呃逆不作，自此痊愈而未复发。呃逆之症，一般患此并非危候。如发于危重病人，则预后不良。臧教授屡用该法治疗此症，每获良效。

尊古不泥，灵活择穴

臧教授精通传统针灸理论，临床实践中亦极为重视与传统针灸理论的结合，并以此作为针灸临床的辨证基础。他自 50 年代初，就坚持将经络学说运用于临床，但在长期的临床实践中，他并没有拘泥于古人的遗训，而是结合实际情况灵活运用，故而继承中又有颇多发展。譬如小儿痿证，多为热证、湿热病，或阴阳运化失调所致，对此证的针灸治疗古人提出“独取阳明”，而他在实践中于 50 年代末，即认为针灸治疗本病除“独取阳明”之外，尚可运用太阳、少阳两经，因此三经有开阖传经作用。同时亦可取与此三经相表里

的经脉与腧穴。针刺手法宜补，轻捻单刺。以疏通经络，宣调逆顺，扶助正气，祛邪振痿。取穴为大杼、肩髃、曲池、合谷、肾俞、环跳、阳陵泉、足三里、绝骨、三阴交、昆仑。以上经穴因症交替使用，间日1次，用补法，行单刺术。

王×，女，3岁半。右下肢瘫痪，不能活动已半年余。患儿于1960年5月7日，突然发热，热退之后，则右腿软无力，不能站立，服药无效而就诊。患儿神志清晰，左下肢活动自如，右下肢软瘫，且外翻，抚之发凉，反射全无。肌肉萎缩，营养发育尚可。舌苔淡黄，脉象沉弦。针刺肾俞、环跳、阳陵泉、足三里、绝骨、三阴交。间日1次，用轻捻之补法，单刺。6次后，患儿即可扶立。12次后，扶之缓缓迈步而行。休息10日，继针前方，30次辄趋痊愈。

针药并用，速救危症

臧教授认为，面对复杂的临床病证，不能拘泥于一方一法，而是当针则针，易灸则灸，可药则药，需针灸并施或针药并用者，更不能犹豫。特别是面对某些危急病证，在一方一法难以奏效或无把握时，即应兼用数法，或中西并举。他采用这样的方法抢救多种危急病症，每能立竿见影。如小儿麻疹肺炎和喉炎是小儿科危急重症，他用针药并施的方法抢救过66例这样的垂危患儿，效果颇佳。麻疹肺炎针灸取穴为大椎、大杼、肺俞、尺泽、中府、曲池、丰隆、合谷、太渊。以上腧穴轮换刺之，单刺术，行泻法(重刺激)，每日针1次，严重者可以每日针2次。若心脏血管型麻疹肺炎另刺神门；若呼吸极度困难，高热不退，用梅花针重叩大杼至肺俞部，令刺过的部位出血，症状旋即减轻。麻疹喉炎针灸取耳后紫络(放血)、少商、商阳(放血)、大椎、廉泉、天突、曲池、合谷、照海。单刺不留针，刺入后行泻法，每日针1次，亦可每日针2次。中药清肺散由青黛3 g，生石膏6 g，贝母6 g，朱砂3 g，牛黄1 g组成。上药共为细末，分12包，

每4小时服1包(日夜均服)。本方治肺炎为主。如心脏血管型肺炎,以原方加麝香0.1g,琥珀3g;如治喉炎,以原方加重青黛3g;如患儿发热虽退,仍有咳嗽可于原方去牛黄。他认为,普通的麻疹肺炎单纯针灸治疗,效果颇佳,若病情重危的患儿,最好针药兼施,等危险期渡过之后,亦可不服散药,而只用针灸治之。麻疹喉炎单纯用针灸治疗,效果良好,不须服用清肺散。

张×,女孩,1岁。发烧10多天,出疹5天。10多天前发烧,5天前即出疹,4天前抽风1次,经抢救好转,出疹时流泪流涕,并有泄泻,每天出现呼吸困难4~5次,并已连续发生3天,今天又复加重,声音嘶哑已2天,小便正常,体温38.5℃,诊断为麻疹肺炎。症见发热,咳嗽,咽喉痰塞,呼吸迫急,鼻翼煽动,口唇及指甲青紫(紫绀),神志昏迷,哭声音哑。舌苔白厚而腻,脉象洪数。疹已出透,大热不退,热毒壅遏,凌及肺脏,故发热而喘咳。治拟清肺化痰退热。针灸取大椎、大杼、肺俞、尺泽、中府、曲池、丰隆、合谷,单刺术,行泻法,每日针刺1次,并用梅花针叩打背部出血,同时配合服用清肺散。治疗后上午体温由38.5℃降至37.1℃。呼吸困难显著减轻,紫绀现象消失。继续针治5次,服药4剂,体温正常,精神好转,食欲增加,肺部罗音消失而痊愈。

注意预防,加强消毒

传统针灸无消毒习惯。解放后,卫生部门提倡针灸要进行消毒,但由于各种传统思想的影响,始终没得到彻底解决。60年代初,肝炎大流行,对人民健康威胁很大,臧教授为防止针具的交叉传染,创用酒精棉球包针,防止针具消毒后再受污染的无痛刺针八法。此法是掐、消、检、点、压、搓、叩、捻八步刺法。掐是医者用手指甲掐穴,固定腧穴部位;消是在患者腧穴上用75%酒清棉球消毒;检是医者用左手持酒精棉球,右手持针,将针包于棉球之中,检查

针具是否有钩曲剥蚀；点是医者换手持酒精棉球，右手拇、食两指着力摄去过湿的酒精，将针尖微露，点刺于腧穴上；压是医者左手扶持棉球，拇、食两指均匀重压穴旁；搓是医者右手拇、食两指迅捷着力搓针，刺入通过真皮；叩即医者搓刺后迅速以右手中指无名指叩击穴旁，以分散患者的痛觉；捻即捻转进针，以达应刺深度，再施行适当手法。

当今，不仅肝炎，而且绝迹多年的性病及新发之艾滋病，都是通过直接接触传染，针具消毒不严，创伤虽小，极易造成医源性传染。如不引起注意，则为害不浅，因此创制此法。曾做过多次针具培养检查，均能达到无菌。

臧教授还十分强调传统针灸学和现代科学技术的结合，他认为精通传统针灸理论是发展的基础，而与现代科学相结合，则能够为发展传统针灸学注入无穷的原动力，这也是传统针灸学走向世界，并稳立于世界医学之林的必由之路。正是基于这样一种放眼于未来的远大考虑，年近花甲的臧教授不顾重病在身，亲自创建了山东省针灸科学研究所，为了后人，为了山东省针灸的腾飞，奠定了坚实的基础。

（陈少宗）

管遵信教授针灸学术介绍



管遵信，1938年生，山东高密县人。从小随父学习中医针灸，专攻耳针。1956年经昆明市卫生局考核，获得医师资格。1985年获卫生部医药卫生科技成果乙级奖，香港国际中医学院一等奖。1988年获云南省有突出贡献的优秀专业技术人才光荣称号。1991年获国务院颁发的政府特殊津贴。1992年获云南省科技进步三等奖，加拿大中医药针灸学院一等奖。1982年成立中国针灸学会耳针组，任组长。1988年创立中华耳针函授部，为函授部编写教材8本，共60余万字。1989年被聘为加拿大中医药针灸学院终身客座教授、兼该院第一副院长。先后编著8本耳针专著，发表70余篇论文。还擅长科研方法学，1990年出版《实用医学科研方法学》一书。

致力于耳穴诊治疾病原理的研究

管教授认为，耳针能否获得发展和得到学术界的承认，取决于耳针的基础研究和临床疗效，他从70年代初致力于耳穴诊治疾病原理的研究，历时20余年，发表过有关耳针原理方面的动物实验研究和临床研究论文30余篇。在前人研究的基础上，通过自己的实验，他提出，耳穴诊治疾病的原理是一个通过多条途径，在多个层次上进行调衡的综合机能体系，不是，也不可能是一个单独的系统。大量实验和临床证明，耳穴与机体的五脏六腑和四肢百骸是在多个层次上存在联系。在肉眼可

见的层次上体现着耳穴与患病部位的联系，如胃患肿瘤时，耳穴胃区则出现肉眼可见的隆起；在组织细胞层次上也存在着耳穴与患病部位的联系，如患病脏腑相应耳穴的生发层和棘层的细胞增生变厚；在组织化学层次上也存在着联系，如患病脏腑相应耳穴出现酸性磷酸酶和过氧化物活性增高；在化学元素层次上同样存在着联系，如患病脏腑相应耳穴中锌、铁、钙离子的明显富集，镁、钾离子含量减少等。这些研究结果说明，耳穴与内脏肢体的联系是多层次的，小至化学元素和组化成分，大到肉眼可眼和显微镜可见的组织，都存在着联系。所以，他得出的第一个结论是耳穴与内脏肢体的联系是多层次的，是复杂的。耳穴的调衡作用是在多个层次上。

耳穴与内脏肢体的联系是多途径的，不是一个途径或一个系统。通过多条途径使耳穴与内脏肢体在多个层次上联系起来。神经系统是一个重要途径，这方面的论文已有数百篇，对中枢各神经核团的作用都已基本研究清楚，不会有人怀疑这条联系途径。经络是一条不同于神经的联系途径，近代的研究，如循径感传、气至病所，以及近几年用同位素示踪的研究均证明经络的客观存在，并证明经络不是神经，也不是血管。学术界现已承认经络是一条联系途径。华中农学院作的黄牛交叉循环试验和中国中医研究院针灸研究所朱元根作的家兔交叉循环试验证明了体液也是一条联系途径。两动物以橡皮管接通颈动脉、颈静脉，使血液产生交叉循环后，神经和经络都不起作用了，只有体液联系着两个动物，针刺甲动物的耳穴，乙动物则产生相应的反应。这些实验证明了一个客观事实——即耳穴与机体各部的联系途径不是单一的，不是一个单独的“系统”或组织，而是多途径的。许多途径（可能还有生物电、激素等）共同把耳穴与机体联系在一起，像一个“纲”“目”分明，错综复杂的网一样，把耳穴与机体各部网络在一起，并且是在多个层次上网络在一起。

为耳穴诊断疾病增砖添瓦

1959年李延松发表了《简易耳穴探测器》一文，发表了极其简单的耳穴探测器电路图。后来，在此基础上又有人研制了几种耳穴探测仪。用耳穴电探测诊断疾病有所提高，有所进步。70年代初管教授收集了各种探测仪线路图，进行了研究对比，发现当时的探测仪存在3个缺点，难以满足科研需要。

(1)灵敏度低；

(2)探测时病人感到刺痛；

(3)不能因人而异调整探测仪的灵敏度。

他通过反复实验，历时3年，设计过21种探测仪线路图。于1973年研究成功《玉卫22型袖珍穴位探测仪》，克服了上述仪器的缺点，满足了科研需要，同时为耳穴诊断疾病增添了一个新的诊断工具。

80年代初管教授又发明了耳穴染色法，可把患病脏腑相应耳穴染成紫色，而周围皮肤和无关耳穴则不着色，从而使患病脏腑相应耳穴直观可见。为耳穴诊断疾病又增加了一个新方法，开辟了新的领域。

耳穴染色液的配方　依来铬黑T 0.2 g，龙胆紫1 g，苯胺2 ml，95%酒精98 ml，充分搅拌，使之溶解。

耳穴染色的方法和步骤　用5%碳酸氢钠液清洗耳廓，脱去皮肤上的皮脂等脂类物质；用0.25%的高锰酸钾液清洗耳廓，以氧化去污；用5%草酸清洗耳廓，以还原去污；用蒸溜水清洗耳廓，擦干；用止血钳夹一棉球蘸饱和染色液，由上而下涂抹耳廓2～3遍，染色30秒钟左右；立即用95%酒清冲洗分化，俟全耳紫色基本冲去，立即用干棉球擦干。

结果　患病脏腑相应耳穴则被染色为紫色，周围皮肤和无关耳穴则不着色。

擅长用耳针治疗常见病和疑难病

管教授擅长用耳针治疗常见病和疑难病。他治疗头痛多只用耳针。如黄××，女，37岁，工人，1987年8月21日初诊。右侧偏头痛9年，加重半月。经中西药治疗，效果不佳，曾用针灸治疗，也未愈。检查见痛苦面容，右胁下压痛。舌尖红，苔白根腻，脉弦稍数。诊为头痛(血管神经性头痛)，肝郁型。取肝、肾、神门、皮质下、胃、枕、额。用耳穴压丸法。肝和神门两穴用对压泻法(耳背面对压1粒王不留行籽)。肾和胃两穴用轻揉按摩法。皮质下、枕、颞、额等穴用平补平泻手法。第1次取患侧耳穴(右侧)，以后两耳交替施治。嘱患者每日如法自行按压耳穴4次。第1次治疗，3天仅头痛了1次，疼痛程度减轻，没呕吐。治疗8次，头痛痊愈。为巩固疗效，又治疗了2次，共10次。1年后随访，未复发。他用耳穴压丸法治疗头痛474例，有效率91%。

有些病他又善于配合针灸和中药治疗。如治疗泌尿系结石。杨××，女，22岁，学生，1989年4月11日初诊。腰痛3月余。经常突发剧烈肾绞痛，经当地医院治疗缓解。1989年1月6日X线摄片提示，右肾盂结石。经中药治疗3个月，仍腰痛不止。4月8日肾造型X片提示，右肾肾盏结石。大小约0.3 cm×0.3 cm。检查见表情痛苦，乏力，肾俞穴压痛，右胁下沿输尿管走行轻度压痛。舌淡红，苔黄根腻，脉细数。诊为腰痛(右肾结石)，湿热蕴结型。治疗①取肾、输尿管、膀胱、交感、腰骶椎、皮质下、三焦，耳穴压丸；②取肾俞(右)、京门(右)、足三里(右)、三阴交(左)，体电针；③中药用石苇散加减。嘱患者每日自行按压耳穴4次。腰痛时则随时按压，多饮水。每日治疗1次。共治疗13次。于4月26日从小便中排出0.3 cm×0.4 cm暗绿色结石1枚。腰痛等症状随之痊愈。他用此法治疗肾结石8例，痊愈7例，有效1例，此例有结石3枚，排出2枚，其余1枚较大(1.2cm×1.0cm)位于肾盂，未能排出。

巧用“牙痛奇穴”

所谓“牙痛奇穴”，是70年代因此穴治疗牙痛有“奇效”而命名的。此穴在耳穴“三焦”穴区内。当牙痛时，在三焦穴区内可找到一个压痛敏感点，此点即“牙痛奇穴”。管教授用此穴治疗各种牙痛数百例，都能收到立刻止痛的效果。有很多病人1次治愈。如杨××，28岁，农民，1974年6月14日来诊。牙痛2天。曾用抗生素、止痛药，未愈。检查见右腮明显肿胀，压痛，张口见右下龈红肿，未化脓，体温38.5℃。舌红，苔黄腻，脉洪有力。在右耳三焦穴区内找到一个红色点状阳性反应物，压之甚痛。用0.40 mm×13 mm(28号5分)毫针刺入此敏感点(即牙痛奇穴)，患者在感到甚痛之后，随即感到一股“凉凉”的感觉传至痛牙的牙龈。用大幅度捻转强刺激约1分钟，右耳发热变红。牙痛即止。留针12小时，嘱患者每1小时左右自行捻转针1次。若牙痛则随时捻转，12小时后，肿消痛止，告愈。

(李惠芳)

薛自强老师学术经验介绍



薛自强，1939年生，江苏高邮县人。主治医师。1960年学习中医，先后去扬州、南京、安徽等中医学院附属医院及北京中国中医研究院针灸研究所进修。从事中医针灸理论研究和临床实践30余年，对子午流注等中医时间医学的研究和应用颇有创新。自1983年来，在国内外中医针灸刊物和学术会议上发表论文30余篇，分别获全国省、市级优秀论文奖和科技成果奖。发明了《日运钟》，获得了国家专利。现为江苏省中医时间医学研究会理事，扬州市有突出贡献的中青年专家。

融经旨于实践，力推按时辨治

薛师云："《内经》之精髓于'天人相应'，这是中医的整体观。人以气血为本，脏腑经络之气血盛衰，因天人相应而定时变化，这就给人的常、病、诊、治、防带来时相的要求。因此，按时辨治对医学科学具有广泛的指导意义。如何在实践中应用，这是个关键问题。"薛师在30余年的临床研究中，融经旨于实践，力推按时辨治。他在论文《略论伤寒论六经的时间与空间涵义》中，强调疾病的发生、发展、变化的时间（含季节等），既是审证求因的根据，也是辨证施治的条件。薛师曾治本地黄姓和束姓两病人之异症，他们皆在每日半夜或中午手足剧烈麻痛难忍，余时自解，历时10余日，多医未效。

薛师析之，患者每日夜半或中午发病，移时自解。此因子时为阳生之际，午时为阴生之刻，子午为阴阳更替之时，而手足为阴阳经交接之所。病发于斯，乃阴阳失调，经气不利。故拟小柴胡汤加减和解之，于子午时辰之前，分服1～2煎。两患者各服药2帖竟愈。这是按发病的时辰辨治的。还有据病变之脏腑经络按时辨治的。如一高姓病人，3年来月经量多，每次5～6天方净。头昏心悸，面色无华，消瘦乏力，浮肿。经数医用中西药治乏效，且日增。薛师以为此病在心脾，嘱巳午二时辰针灸服药，针灸取心脾两经穴为主，同时温灸百会，大艾炷灸神阙。中药大剂益气补血药，久泡，文火煎，服后卧床一时辰。经22天痊愈。

继前人之精华，勇于探索创新

薛师数十年如一日，刻苦钻研，把毕生精力和财力用于中医针灸事业。努力学习和继承前人经验。在实践中，讲求实效，勤思敏悟。如他在临床研究《伤寒论》六经病欲解时，发现了时间针灸学的又一规律——日运法。据《伤寒论》所列病证，分经按时取穴针灸，疗效显著。如一患者，夏夜外宿，次晨周身乏力，头昏头痛，恶寒发热，某医作感冒治，服中药2帖无效。薛师诊之，患者寒热往来，头痛时眩，口苦泛恶，少纳，胸闷多叹。苔薄黄，脉弦微数。血疟原虫检查未证实。诊断为少阳病。按日运法少阳病欲解主时为卯时，令次晨卯时来针。1诊取丘墟(双)、关冲(双)(刺出血)。2诊取窍阴(双刺出血)、阳陵泉(左)、外关(右)，仅刺2次痊愈。

薛师师古而不泥古，既刻意继承又勇于探索。他认为纳子法是《灵枢·营气》篇经旨，以一日十二时支顺序对应人体气血流注的日夜节律，按时辨治的。所以凡人体中，对应天体日夜节律的气血流注规律，都应属于纳子法。在此理论指导下，提出了同名经开穴法、五腧开穴法、表里经开穴法、俞募开穴法、任督开穴法、子午流

注纳子法开穴六法。指出按时开穴的特殊性在于严格的按时开穴，且要求病穴相应和开穴可以配对症经验穴。他不仅从理论上阐明其根据，更从临床实践中反复验证。记得 1990 年一王姓病人，发热，面目一身俱黄 10 余日，前医经化验等检查，诊断为"急性黄疸性肝炎"。用中西药治疗 7 天，诸症未减，热不退，黄疸日深。求薛师诊，患者发热(38.4℃)，面目一身俱黄，胁痛，尿少而黄，腹胀满不适，大便时溏时秘，近已 2 日未解。口苦而粘，不渴，纳少乏力。苔微黄而腻。薛师析之，此乃湿热内郁，气机失畅，肝胆疏泄不利；湿阻胃肠，传导失司。阳明内合太阴为病。法当清热通腑化湿治之。用表里经开穴法，于辰巳二时辰施治。1 诊辰时，商阳(双出血)、二间(双出血)、天枢(双)、中脘、阴陵泉(双)。2 诊巳时，隐白(双出血)、大都(双出血)、阴陵泉(双)、大横(左)、中脘、足三里(双)、合谷(双)。依此大法，穴随症变，针 21 次，诸症全除，3 次肝功能复查正常，至今未发。

薛师用日运法、子午流注纳子法开穴六法等按时辨证的方法，治疗肾炎、肝炎、肠伤寒、小儿久泄等内、外、妇、儿科急慢性疾病及某些疑难奇症，既效且捷，深得病家好评。

精于辨证取穴，巧施针灸诸技

薛师常说："针灸医生一要有扎实的理论基础；二要练功养身，保持健壮的体质；三要勤学多悟。这样才能辨证准，取穴精，神气旺，指力足，手法巧，效果好"。随师数年，确见薛师如此。记得去年一女病人，原有胆囊炎病史，常由某医诊治。5 天前，饮食不慎，突然脘腹阵痛。上午呕吐胃内容物 3 次，泄稀便 2 次。自服氟哌酸 2 次，每次 2 片。下午渐止。次晨脘腹隐痛，某医诊为"胆囊炎复发"。给予消炎利胆片及大剂清热解毒利胆药 3 帖。患者仅服 2 帖，更增乏力纳呆等症。求薛师治，见患者神疲乏力，语言低怯，纳呆口渴，

脘腹不适。舌淡苔薄白，脉细无力。薛师云，患者素体虚弱，复因饮食不慎，胃肠受伐。刻见神疲乏力，纳呆等症，乃吐泻失津伤气。本当益气养阴，扶正健胃，正复则病愈。今医用大剂苦寒药，气阴更伤，犯虚虚之弊也。薛师于辰时针补足三里，再以大艾炷灸神阙，待灸至面色转红，鼻尖出汗，腹响为度。再针补太溪收功。次日即愈。此例患者特别畏针，但薛师手法轻灵，进针不痛，行针时，持针贯气，以意行气，患者舒服，愿意受治。

又一王姓病人，自觉体外畏冷，体内灼热6月余。经南京、扬州等4家医院多种检查治疗皆无效，访请薛师诊。患者消瘦神清，纳少。6月来自觉体内灼热，体外凉，欲厚衣加身，喜热饮不多，若体外遇冷则体内热灼难忍，体外得热体内反舒适。舌暗，舌边有瘀斑苔薄白，脉细弦。薛师云："《医林改错》有身外凉心里热，故名灯笼病，内有血瘀。血府逐瘀汤治之。"薛师取膈俞(双)、膻中，先用梅花针叩出血加拔火罐，起罐后加TDP照射半小时，同时针补足三里，5次即愈。

在临证时，薛师能充分发挥针灸领域多种疗法的各自特色和技巧。如用芒针治精神病和癫痫，疗效理想。其常法是，阴证以督为主，阳证以任为主。狂证用膻中透鸠尾，鸠尾透中脘，人中透龈交，配间使透郄门，蠡沟透三阴交，照海透申脉；癫证多用大椎透身柱，神道透至阳，筋缩透脊中，配合谷透后溪，申脉透照海。治鼻病，用面三针配合谷，其刺法是，印堂透山根，得气后退至皮下再分别透两侧上迎香，上迎香各1针透山根。治带状疱疹用梅花针叩刺病变处出血，加艾条灸，烤至血结痂，迅速止痛，1次即愈。治网球肘用麦粒灸灸阿是穴，发泡化脓，1次即愈。若遇突发性房颤，用双内关辨证施术，1次留针6小时以上，多能迅速消除临床症状，使心电图复查房颤消失。内关配公孙，按时开穴，治多种原因引起的心悸，疗效极佳。若体虚者，加大艾炷灸神阙，疗效巩固。隔蒜灸，治未化脓之颈淋巴结核。梅花针加闪罐，治肌痹。耳背静脉放血，

治皮肤瘙痒症。针涌泉治呃逆。围针法治类风湿性关节肿大等，皆疗效理想。特别是薛师独创的吹火灸法治疗丹毒，疗效很好。他用毫针加三棱针放血治疗痤疮的经验报道，引起国际针灸界的重视和关注。去年在新加坡举行的“中医与针灸走向世界国际学术研讨会”邀其赴会交流。

（薛　怡　薛　荫）

魏稼教授互补学术思想的介绍



魏稼，江西都昌县人，幼从堂叔魏荷生(都昌名医)习方脉，继师赵尔康、徐少廷学针灸，再到南昌、南京深造。1959年后，从事高校的针灸临床、教学至今。历任国家卫生部医学科学委员会委员，国家中医药管理局中国国际针灸考试委员会委员，中国针灸学会常务理事。还被英国、阿根廷、香港等学术团体聘为顾问。发表论文96篇，共约60余万字。

魏老的学术建树主要有二：一是各家针灸学说与流派；二是无创痛针灸，均有专著问世。他的论文论著始终瞄准疗效，不尚空谈，诊疗方法突出“互补”两字，兹分四个方面论述如下。

辨证与辨病互补

中医辨证有病因，病性，病位等方面，但魏老认为针灸临床，应当把病位辨证作为重点，首先辨清病在何经何脏，再分析病因及气血之盛衰，阴阳之偏胜，邪正之虚实，然后选穴组方。例如感冒，除了辨明风寒，风热，表虚，表实之外，特别重视六经或脏腑辨证。其症见发热恶寒，头项强痛……，则认为病在太阳用太阳经穴为主；如以咳嗽鼻塞为甚，则认为病在肺，则用手太阴经穴为主……。这种按照针灸自身特点的辨证取穴思路是魏老学术思想一大特色。

魏老不仅重辨证，也重辨病（主要指西医的病）。他认为中医重辨证，西医重辨病，两者可互补，因此有时以辨证为主，有时又以辨病为主，有时则两者结合。如他针治哮喘，就运用了这一法则。其以辨证为主者，若是一般阳虚寒症，只以一般艾卷灸取效，虚寒重证，则认为需大剂发泡灸以峻补其阳。

王××，男，52岁。宿有喘疾，每值隆冬即发。形体瘦弱，面青唇紫，手足冰冷，背部尤寒，咳喘急促，吐泡沫痰，胸闷气短，面足浮肿，大便溏。舌苔白腻，脉象细弱。魏老四诊合参，辨证为肺肾阳虚气喘，始用一般温和灸，疗效不显，细思此乃沉寒痼冷，非峻补其阳不可，乃于肺俞、膻中、膏肓、关元穴施大艾炷隔姜灸起泡，3次即获奇效；后每周灸1次，共治4次，以资巩固。

对于表现过敏明显者，并不十分注重辨明其寒热虚实，只要确诊为支气管哮喘病，一律使用拔罐法，即使阴虚有热者亦用此法取效。

辛××，男，16岁。患哮喘及荨麻疹多年，近日因接触花粉，先发荨麻疹继则咳喘。症见皮肤瘙痒，全身有散在性风团，颜色淡红，形状不一，眼睑及外生殖器处局限性水肿，胸闷气急，张口抬肩，咳喘殊甚，口干便结。舌质鲜红，脉细数。前医按辨证施祛风清热平喘法少效，魏老认为此系变态反应，应借鉴近人用拔罐脱敏治荨麻疹的经验，改用神阙、肺俞、脾俞、膻中拔罐。每日1次，每次约20分钟，待皮肤呈青紫色启罐。3次后，瘙痒大减，咳喘缓解，经25次拔罐，多年顽疾治愈。

有时则认为需辨证辨病结合，标本兼治。

孙×，女，6岁。幼时因注射青霉素过敏而诱发哮喘，常因接触过敏原，或食鱼虾等有刺激性食物而复发，久治无效。症见体瘦面黄，呼吸急促，喉中哮鸣，气短神疲，夜卧出汗，纳少便溏。舌淡苔白，脉细无力。魏老认为患儿为过敏体质，证属肺脾气虚。用玉屏风散及固本之中药治其虚，针刺定喘、神阙与肺俞拔罐，脱敏治其

标;历经2月,诸症悉平。

针灸与中药互补

魏老既擅长针灸,又精通中药,临床多针药合用,疗效卓著。他认为"针灸药物并重,是提高中医疗效的重要途径之一,中医治疗有针灸、中药、气功、推拿四大手段,它们各有长短,不可偏废,只有最大限度地扬其长,补其短,才能获得最佳疗效"。他强调作为从事针灸为主的医生,应以突出针灸治疗为主,同时又不排斥其他疗法,力争佳效。以他治脊椎骨质增生为例,对于某些颈椎骨质增生患者,只单用针刺治疗,即可获效。

邹××,女,38岁。颈项酸痛已半年,伴头昏及右手麻木,感冒咳嗽,疼痛加剧。舌淡白,脉浮数。颈椎摄片提示,颈$_{4\sim5}$椎体前缘轻度齿状样改变,椎间隙变狭窄。魏老认为此病与太阳经脉受风寒之侵袭,气血运行受阻有关。宜祛风散寒,疏通太阳经脉。取颈夹脊、肩贞、秉风、大杼、合谷。隔日针刺1次,经5次治疗,头昏见好;针刺10次,手臂麻木消失,颈酸痛减;共治疗30次,诸症告除。

可见,针刺疗效颇佳。值得一提的是,药不如针者,确实存在。如1例胃下垂患者,合并咽炎及神经衰弱,食寐皆少,久服药物少效。经魏老针刺腧穴及阿是穴,饮食及睡眠大有改善,共针刺治疗2个月,解除了多年的疾苦。充分说明,针可补药之不足。

但对腰椎病,多数则是针药结合施治。魏老认为腰椎骨质增生多由肝肾虚衰,精血不足,筋骨失养所致,还与风、寒、湿邪及气滞血瘀有关。对这虚实挟杂之证,宜"毒药治其内,针石治其外",以"针刺导其先,汤药荡其后"。发挥针药互补作用,以挽沉疴。

龙××,男,51岁。腰痛13年,受寒劳累加剧,得温或休息则缓,腰部活动受限,夜尿频繁,大便溏稀。脉细弱,舌淡白。腰椎摄片提示,第3～4腰椎骨质增生。证属肾虚腰痛,宜标本同治,针药

互施。针灸取腰夹脊补阳通经，肾俞针加灸以温肾壮骨强腰，委中通经散寒，舒筋活络，行"饿马摇铃"补法。10天为一个疗程，每日1次，每次留针30分钟。另耳压肾(右)，腰区(左)，神门(右)，左右交替(每3～5天换药，每天揉搓3～4次)。方药选乌梢蛇40 g，威灵仙60 g，透骨草、土鳖虫、当归、牛膝、血竭各25 g，共研细末，每日服2次，每次服3 g；鹿胶每天8 g，每晚临睡前烊化服。经针药并施1月后，腰痛明显缓解；2月后，诸症消失，腰部活动自如。1年后随访无复发。

基于针、药、气、推四者均可互补的思想，魏老有时也对于一些患者用推拿或气功方法配合治疗，提高了疗效。如一颈椎增生患者，用针药效不佳，配合推拿练功收到了佳效。

继承与发展互补

魏老认为继承是发展的基础与前提，发展是继承的延伸与深化，两者相互影响，互相促进。他从50年代起，研究各家针灸学说与流派，深入钻研了200多部古代医学文献，历经30多年的艰辛，主编出版了高校教材《各家针灸学说》，为继承祖国医学写下了光辉篇章。

魏老近年把主攻方向由"继往"性研究，转移到针对学科前沿的"未来"性探索中。他认为针灸发展在《内经》问世之后，相对滞后于中药，与它本身有创痛这个致命弱点有关。因此提出了发展《无创痛针灸》的新论点，并指导编写出版《无创痛针灸学》。健康报、文摘报、文汇报、科技日报等纷纷报道，在学术界引起了强烈反响。

魏老临床也注重继承与发展互补，例如刺营放血这一古老的疗法，濒临失传，他大声疾呼，身体力行，临床每多采用，提高了疗效。但在另一方面，他对许多新疗法、新经验也十分注重汲取，如急性扁桃体炎，有时就按现代耳轮三点放血一法而取得了较好疗

效。又如他治脑梗塞中风偏枯失音，有时借鉴张洁古“大接经”法，刺十二井出血以治疗。

刘××，女，65 岁。中风半月余，神志已清，但右半身不遂，语言蹇涩，口角向左歪，便结尿黄。唇舌青黯，脉弦且涩。血压 21.3/12.7 kPa(160/95 mmHg)，经诊断为脑血栓形成。辨证为风火炽盛，气滞血瘀。先用毫针泻刺风府、肩髃、曲池、风市、绝骨等穴不效，考虑此证气滞血瘀较重，改用“大接经”法，于十二井穴刺络放血，每穴放血 0.5 ml 左右，1 次即获显效。3～4 日放血 1 次，2 月余基本康复。

但他也不排斥现代头针疗法的结合运用，认为头针取穴邻近病变部位，具有较好的活血化瘀作用。

邱××，男，49 岁。中风偏瘫半年，CT 检查提示，左颞额顶叶脑梗塞。右侧肢体功能严重障碍，手指拘挛不能握物，下肢行走呈跛状，需人搀扶。伴语言不清，记忆力及思维能力减退。舌质暗红，脉弦细。证属肝肾阴亏，筋脉失养。魏老据前医用体针及刺络放血少效，改用头针结合体针疗法。但魏老的头针与现代所谓“头针疗法”，以大脑皮层功能定位作为取穴依据者不同，他是取百会向左透天冲，后顶向左透浮白，前顶向左透颔厌，风池向左透完骨，并取肩髃、曲池、风市、足三里等穴。隔日针刺 1 次，共治疗 28 次，右手可拿碗筷，右足行走基本正常。

由此可见，魏老重发展，但并不人云亦云，拘泥不化。在临床上既注重古今兼收并蓄，也注重创新，认为发展就是创新。如巧用风池即为 1 例。

刘××，男，45 岁。胃脘痛时缓时发已 3 年，胃钡餐提示为溃疡病，常因思虑过度与情绪紧张而疼痛加剧。舌苔薄黄，舌质暗红，脉弦细。先针刺中脘、足三里、内关 3 次，疼痛不能缓解。魏老阅其以往之病史，所服之药，多数为健脾建中之品，所取之穴，也是阳明经居多。据其胃脘痛与情志密切相关，改取风池与足三里，疏肝健

脾及理气止痛。经3次治疗，疼痛明显减轻。共针刺45次，胃钡餐复查，提示龛形消失，溃疡愈合。

用风池治肝郁胃痛是魏老的创新，他认为此穴有七大作用，可治数十种疾病，颇有独到的见解，是继承与发展的范例。

书本知识与民间经验互补

魏老博览群书，数十年如一日潜心钻研中医典籍，造诣很深。他在学习书本知识的同时，极为注重汲取民间验方。常常说："单方一味气死名医，西方不亮东方亮现象，中医临床比比皆是。乃因中医治疗方法特多，潜力特大，把握较难之故，也是中医区别于西医的明显不同之处。学中医只啃书本还不够，也须向有实践经验的人学一技之长，补己之短"。因此他总是虚怀若谷，觅师求教，许多人都成了他的"一针师"，"一穴师"。一次在农村巡回医疗，获悉一乡村医生善用针刺太阳等穴放血，治急性结膜炎甚效，顶风冒雨，远涉求教。由于魏老虚心学习，集百家之长，融为一体，故求诊者甚众，赢得了"神针魏"之美誉。例如他治痛经，一般按书本理论施治。

李××，女，20岁。因心情烦怒，经行腹痛，乳房作胀，经量少且色淡，头昏失眠。舌质淡红，脉弦细。按教科书取三阴交、中极、太冲等穴，针1次，腹痛缓解，3次痊愈。

但书本方法并非百发百中，故有时又改用民间经验取效，他把探访得来的针承山法用于临床，以补书本理论之不足。

刘××，女，23岁。14岁初潮时，腹痛难忍。此后每次来经腰腹胀痛，量少挟块色黑，已婚2年未孕。舌质暗红，脉弦数。曾久服中西药及针灸无效。魏老察前医用法效不佳，采用承山穴试之，针1次竟获奇效；续针5次，腹痛失。此后2个月，均于经前1周开始针刺承山3～5次，经来仅有轻微胀感；第3个月经来量多无不适，且本月怀孕，按期喜得贵子。

类似以上事例并不罕见，近日魏老治一呃逆3天患者，始用传统针刺法取天突、膻中、足三里、内关等穴，留针约20分钟，仍呃逆连声不止。此时，他指导学生用双拇指点压攒竹穴，下指即戛然而止。患者称奇不止，连连称谢而去。故魏老深有体会地告诉我们，无创痛针灸确有胜过创痛针灸之处，值得发掘研究，从事中医临床，掌握诊疗手段要多，千万不要被书本知识所囿，这对提高疗效，有极其重要的意义。

结　语

综上可见，魏老的互补学术思想有重要临床意义。他注重疗效，认为中医理论如何讲得条条是道，若疗效不佳，也将被淘汰，只要有疗效，虽一时不能阐明原理，仍具有无限生命力，故疗效才是中医的生命线。评价中医，应以疗效论英雄，理论及职称居其次。至于如何提高疗效，认为除努力提高学术水平外，特别要注意互补，前面谈到的“四个”互补，归纳起来实即以下3个方面互补。

1. 临床思维互补，即努力用正确的临床思维以代替或纠正错误思维。尤在疗效不佳的时候，应首先反思临床思维的失误，不断修正与完善原定的思路与方法，务求辨证精确，论治恰当。如其治虚寒气喘，初用温和灸无效；沉思良久，患者沉寒痼冷，肾阳衰微，应施发疱灸峻补其阳；按新思路施治，疗效显著提高。

2. 四大疗法互补，意在从针、药、气、推四法中，优选最佳疗法，取代无效或少效的治法。前述的胃下垂患者，由于脾虚失运，不受药补；而针刺脾俞、胃俞及足三里等穴，中气上升，疗效显著，可见针可补药之不足。但治骨质增生，则用“骨赘散”补针之不足。并还注意用推拿、气功等疗法补针药之不足，如用指压攒竹穴治呃逆，就是例证。他特别注重发挥针灸疗法之间的互补作用，认为体针、头针、耳针、皮肤针、温和灸及发疱灸等几十种疗法，各有特长与局

限性，能充分扬长补短，可提高针灸疗效。他治脑梗塞及脑炎，常用体针与头针互补，疗效明显优于单一方法。中药也是如此，其温凉补泻，攻补兼施，寒热并用，无不寓合互补。

3. 学术渊源互补，旨在博采众长，不断提高医学水平。魏老认为中医临床治法有时源于古人经验，有时又源于今人经验，有时源于书本记载，有时还要师法民间经验，彼此也应取长补短。他常从6个方面去求索。一是古今互补，即将古人的有效方法和现代的科研成果相互为用。如把张洁古的“大接经”法与现代的“头针”疗法，用于脑梗塞相得益彰；二是师承与自学互补。名师指教可走捷径，个人自学能攀高峰，两者相互促进。如魏老的“飞针法”就是徐少廷先生传授的，而“耳轮三点放血法”则是自学而来的；三是理论与实践互补。医学理论指导临床实践，实践又能检验与丰富理论。如“热证可灸论”，就是魏老在长期的临床实践中，发现前贤认识有偏见而论证以完善；四是书本知识与民间经验互补。他认为医学典籍虽然1万多种，但还有许多不见于书本的单方验方流传于民间，应汲取充实自己。如用承山穴治痛经，就弥补了教科书之不足；五是继承与创新互补。他认为只有全面系统继承祖国医学，才能保持与弘扬中医特色，但应继承而不泥古，贵在创新，只有创新，才能发展与振兴中医。故两方面都极为重视，并有重大建树。“各家针灸学说”与“无创痛针灸”，就是继承与创新互补的结晶，标志着魏老的学术水平发展至了一个崭新的阶段；六是中西医互补。辨证论治是中医之长，辨病治疗则为西医之长。魏老治脑血栓针刺百会穴，针尖朝向患侧，针感直达病所，就是取两者之长，提高了针刺效果。由于能“古为今用，洋为中用”，又善于虚心学习，故他的医疗技术逐年提高，互补学术思想日臻成熟与完善，在中医界产生了深远影响，启迪着同道走一条取中医之长，突出中医特色，提高临床疗效的新路子。

（张桥保）